



Simo Kokko
Eija Pelttonen
Virpi Honkanen (toim.)

Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja

Raportti perusterveydenhuollon vahvistamistoimien suunnittelutyöstä

Simo Kokko, Eija Peltonen ja Virpi Honkanen (toim.)

Perusterveydenhuollon kehittämisen suuntaviivoja

**Raportti perusterveydenhuollon vahvistamistoimien
suunnittelutyöstä**



**TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS**

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Virpi Honkanen

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki

Valopaino Oy

Helsinki 2009

Sisällys

1 JOHDANTO.....	4
1.1 KASTE –OHJELMA JA PERUSTERVEYDENHUOLLON VAHVISTAMINEN	4
1.2 KENTÄN KUULEMISTILAISUUKSIEN KIERROS	5
2 PERUSTERVEYDENHUOLLON KEHITYKSEN VAIHEITA JA TAUSTAA	6
2.1 KUNNALLINEN PERUSTERVEYDENHUOLTO JA KANSANTERVEYSLAKI – SUOMALAINEN RATKAISU	6
2.3 KEHITYS 1970-LUVUN JÄLKEEN	7
2.4 PERUSTERVEYDENHUOLTO JA 2000-LUVUN MUUTOKSET	11
2.4 PERUSTERVEYDENHUOLTOON KOHDISTUVA KEHITTÄMISTOIMINTA	16
3 KANSAINVÄLISIÄ KOKEMUKSIA JA ESIMERKKEJÄ PERUSTERVEYDENHUOLLON KEHITTÄMISESTÄ.....	23
4 KENTTÄKIERROKSEN ANTAMA YLEISKUVA PERUSTERVEYDENHUOLLOSTA JA KENTÄN EVÄSTYKSET KEHITTÄMISTYÖHÖN.....	30
5 MITEN KEHITTÄMISTOIMINNALLA VOITAIISIIN RATKOA PERUSTERVEYDENHUOLLON HAASTEITA JA ONGELMIA?	34
6 PERUSTERVEYDENHUOLLON KESKEISIÄ PALVELUPROSESSEJA ON KEHITETTÄVÄ	37
6.1 AVOSAIRAANHOIDON VASTAANOTTOTOIMINTA ON AVAINASEMASSA	37
6.2 KROONISTEN EI-TARTTUVIEN KANSANTAUTIEN HAASTEISIIN VASTAAMINEN.....	43
6.3 IKÄÄNTYNEIDEN PERUSTERVEYDENHUOLTO: RAKENNEMUUTOSTA SAIRAALAHOIDOSTA KOTIHOITOON ON JATKETTAVA.....	45
6.4 MILLAISEKSI MUOTOUTUU PERUSTERVEYDENHUOLLON MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖ?..	49
6.5 PERUSTERVEYDENHUOLLON TYÖN JA TOIMINNAN SISÄLLÖN NÄKYVÄKSI TEKEMINEN TILASTOUUDISTUKSEN AVULLA	53
7 PERUSTERVEYDENHUOLLON ORGANISOINNIN JA RAKENTEIDEN KEHITTÄMINEN	56
7.1 PERUSTERVEYDENHUOLTO HAJA-ASUTUSALUEILLA KUNTA- JA PALVELURAKENNEUUDISTUKSEN JÄLKEEN	56
7.2 URBAANIN PERUSTERVEYDENHUOLLON KEHITTÄMINEN.....	58
7.3 PERUSTERVEYDENHUOLLON VERTIKAALINEN JA HORISONTAALINEN YHTEISTYÖ JA INTEGRAATIO	61
7.4 "VETOA JA PITOJA" TERVEYSKESKUKSIIN TYÖPAIKKOINA	66
8 TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA KANSANTERVEYSTYÖ NÄKYVIKSI KULMAKIVIKSI PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA (KERTTU PERTTILÄ).....	68
9 NEUVOLATOIMINNAN KEHITTÄMINEN(TUOVI HAKULINEN-VIITANEN JA MARJAANA PELKONEN)	74
10 KOULUTERVEYDENHUOLLON KEHITTÄMINEN (MARJA NIEMI)	79
11 SUUN TERVEYDENHUOLTO TERVEYSKESKUKSISSA (EEVA WIDSTRÖM).....	83
12 KEHITTÄMISTOIMINNAN RAKENTEET JA TOIMEENPANO.....	86
LÄHTEET	90

1 Johdanto

1.1 KASTE –ohjelma ja perusterveydenhuollon vahvistaminen

Perusterveydenhuollon tilasta ja kehityssuunnasta on oltu maassamme huolissaan jo useiden vuosien ajan. Vaikka palveluiden toimintakyky on monilla sektoreilla jatkunut häiriytymättömänä, avosairaanhoidon vastaanottopalveluiden – erityisesti lääkärinpalveluiden ja suun terveydenhuollon palveluiden – saatavuuden ongelmat ovat johtaneet mielikuviin terveystieteiden joutumisesta vakaviin kriiseihin.

Hallituksen sosiaali- ja terveysalan kattavassa KASTE-ohjelmassa esitettiin toteutettavaksi joukko perusterveydenhuoltoa vahvistaviksi tarkoitettuja toimia. Näistä ohjelman kohdassa 36 on esitelty seuraavat:

"Stakesiin perustetaan perusterveydenhuollon kehittämissyksikkö, joka yhteistyössä terveystieteiden, yliopistojen ja muiden laitosten kanssa tuottaa tietoa hyvistä hoitoprosesseista ja toimintakäytännöistä sekä huolehtii tarvittavien kansallisten kehittämisen työkalujen saatavuudesta",

sekä tähän liittyen saman alakohdan suunnitelmaosio:

"Kehittäjä-terveystieteiden verkosto toimii kiinteässä yhteistyössä perusterveydenhuollon kehittämissyksikön kanssa sekä yliopistojen yleislääketieteen laitosten ja sairaanhoitopiirien yleislääketieteen yksiköiden kanssa".

Tämä raportti koskee taulukon kohtia 35 ja 36, joiden yhtenä vastuuhenkilönä kehittämisspäällikkö Simo Kokko Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksesta toimii. Muitakin perusterveydenhuoltoa koskevia kohtia käsitellään tai sivutaan raportissa.

Raportin taustalla on selvitys- ja kartoitustyö, joka käynnistettiin alkuvuodesta 2008 käytyjen perusterveydenhuoltoon liittyvien yliopistollisten laitosten edustajien kanssa pidettyjen neuvottelujen seurauksena. Yleislääketieteen laitosten johtajat esittivät epäilyjä siitä, että KASTE-ohjelman kohdassa 35 perustettavaksi esitettävä valtakunnallinen perusterveydenhuollon kehittämissyksikkö ja kohdassa 36 muodostettavaksi esitettävä ”kehittäjäterveystieteiden verkko” eivät olisi hyvä ratkaisu perusterveydenhuollon kehittämistoiminnan rakenteiksi. Erityisesti haluttiin torjua ajatus kokonaan uuden kehittämistoiminnan verkoston muodostamisesta erikseen valittavien kehittäjäterveystieteiden varaan. Yliopistojen laitosten edustajat, jotka ovat vahvoina toimijoina mukana myös omien sairaanhoitopiiriensä alaisuuteen perustetuissa yleislääketieteen tai perusterveydenhuollon yksiköissä, esittivät, että kehittämistoiminnan verkostojen pitäisi perustua kyseisten laitosten ja yksiköiden omille alueilleen jo luomien terveystietokeskusten varaan. Keskusteluissa mukana olleet sosiaali- ja terveysministeriön perusterveydenhuollosta vastannut ylilääkäri Kati Myllymäki ja Stakesin kehittämisspäällikkö Simo Kokko yhtyivät tähän näkemykseen. Helmikuussa 2008 pidetyn kokouksen perusteella päätettiin tämän vuoksi kartoittaa kehittämistoiminnan tilanne, rakenteet tai rakenteissa toimijoiksi sopivat yksiköt ja muut toimijat erikseen järjestettävän koko maan kattavan neuvottelu- ja kuulemistilaisuuksien avulla. Kuulemistilaisuuksien yhtenä tavoitteena oli saada esille kentän toimijoiden näkemyksiä siitä, miten perusterveydenhuoltoa pitäisi ja voisi vahvistaa kehittämistoimilla.

1.2 Kentän kuulemistilaisuuksien kierros

Stakesin pääjohtaja Mauno Konttisen kesäkuussa 2008 antamalla määräyksen pohjalta kehittämisspällikkö Simo Kokko, erikoissuunnittelija Eija Peltonen ja projektikoordinaattori Virpi Honkanen toteutivat tässä raportoitavan valmistelu- ja selvittelytyön. Työn kenttätöosuutena järjestettiin toukokuun ja lokakuun 2008 aikana yhteensä 26 perusterveydenhuollon kentän edustajien alueellista tapaamista. Pääsääntöisesti tapaamisia järjestettiin yksi jokaisen sairaanhoitopiirin alueella, kuitenkin siten, että HUS-piirin koon vuoksi alueella järjestettiin erilliset kokoontumiset kullakin osavastuualueella. Lisäksi Helsingin ja Espoon kaupunkien terveyskeskusjohdon kanssa järjestettiin erikseen omat tapaamiset. Pohjois-Pohjanmaan alueella päätettiin järjestää Oulun eteläisen alueen edustajien kanssa erillinen kokoontuminen alueen poikkeuksellisen vilkkaan hankeaktiivisuuden herättämän erityismielenkiinnon vuoksi.

Kokoontumisiin kutsut lähetettiin joko Stakesista käsin tai alueen yliopistollisten laitosten tai sairaanhoitopiirien perusterveydenhuollon yksiköiden toimesta. Kutsut kohdistettiin terveyskeskusten yleisjohdolle, mukaan lukien yhdistettyjen sosiaali- ja terveystoimen organisaatioiden johtaja, johtaville lääkäreille, johtaville hoitajille, suun terveydenhuollon vastuhenkilöille sekä suunnittelu- ja kehittämistoiminnan erityistyöntekijöille. Osaan kokouksista osallistui myös osanottajia ammattikorkeakouluista, lääninhallituksista ja järjestöistä. Kokousten osanottajien ammattikuntapohja ja edustettuina olleet perusterveydenhuollon toimintasektorit vaihtelivat. Kutsuissa pyrittiin yleensä siihen, että ainakin tärkeimmistä kunta- ja palvelurakennemuutosten muutosten jälkeen toimiviksi tiedetyistä terveyskeskuksista olisi saatu edustajat. Useimmiten tähän tavoitteeseen myös päästiin.

Kokouksissa kartoitettiin aluksi perusterveydenhuollon ajankohtainen tilanne, kunta- ja palvelurakennemuutuksen mukanaan tuomien muutosten tilanne sekä perusterveydenhuollon yleinen toimintatilanne. Tämän jälkeen tarkasteltiin alueen perusterveydenhuollon hankehistoriaa juuri päättyneellä kaudella 2003-2007 kyseisen hankekauden valtion rahoitusta saaneiden hankkeiden luettelon avulla. Tämän tarkastelun avulla pyrittiin saamaan kuva hanketoiminnan yleisestä aktiivisuudesta ja hankemielenkiinnon kohdistumisesta eri kysymyksiin ja kehittämishaasteisiin perusterveydenhuollossa. Yksittäisiä hankkeita esiteltiin valikoidusti yksityiskohtaisesti. Monista hankkeista hankittiin raportteja tai muuta materiaalia. Tämän kartoituksen tuloksena muistiin jäi myös hankkeissa mukana olleiden yksiköiden, organisaatioiden ja jopa yksittäisten asiantuntijoiden nimiä. Toteutuneista hankkeista siirryttiin tarkastelemaan edelleen käynnissä tai suunnitteilla olevia hankkeita. Osalla alueista oli juuri työn alla uusia KASTE -rahoituksen hakuprosessiin menossa olevia tai jo ensimmäisellä hakukierroksella mukana olleita hankkeita.

Näiden vaiheiden jälkeen noin puolet yleensä 3 tunnin mittaisesta kokousajasta käytettiin keskusteluun, jossa kysyttiin, mitä kehittämistyötä perusterveydenhuollossa tarvittaisiin ja mihin kysymyksiin ja kehittämiskohteisiin työn pitäisi kohdistua. Kokoontumissarjan ensimmäisissä kokouksissa aiheita koottiin aivoriihimäisen työskentelyn avulla. Seuraavissa kokouksissa esille nostettuja teemoja esiteltiin jo alustukseksi käynnistyvälle ideoinnille ja keskustelulla. Kesän 2008 mittaan näistä aiheista kirjoitettiin 17-18 kohtaa sisältävä kehittämiskohteita ja -tarpeita esittelevä muistio, joka toimi alustuksena ja keskustelun pohjana. Tässä raportissa esitettävä teksti kehittämistoiminnan tarpeista ja sisällöistä sekä osin myös kehittämistoiminnan rakenteista ja organisoinnista perustuu tähän muistioon ja siitä käytyyn keskusteluun.

2 Perusterveydenhuollon kehityksen vaihteita ja taustaa

2.1 Kunnallinen perusterveydenhuolto ja kansanterveyslaki – suomalainen ratkaisu

Suomalaisen perusterveydenhuollon juuret ovat pohjoismaisen hyvinvointimallin mukaisesti 1900-luvulla järjestetyissä kunnallisissa terveystaluuissa, jotka tunnetaan parhaiten kunnallislääkäreiden ja kunnallisten terveydenhoitajien sekä kunnansairaaloitten työnä. 1960-luvulla maahan rakennettiin sairausvakuutusjärjestelmä, jolla pyrittiin siirtämään terveydenhuollon painopistettä sairaalahoidosta avohoitoon sekä samalla tasaamaan palveluiden käyttäjille maksettaviksi tulevia kustannuksia. Kunnallinen järjestelmä kattoi periaatteessa koko maan, mutta sen merkitys oli vahvin maaseutukunnissa. 1960-luvulla kunnallisen terveydenhuollon toimintaa vaikeutti huomattavasti lääkärityövoiman puute.

Vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki muutti kunnallisen perusterveydenhuollon perusteet uudelle pohjalle. Tavallaan kyse oli siitä, että erillisinä toimialoina tai yksikköinä toimineet kunnalliset palvelut, esimerkiksi kunnanlääkärin, kouluhammaslääkärin, neuvoloitten, kouluterveydenhuollon jne. toiminnot koottiin saman terveystalukseksi nimetyn hallinnollisen katon alle. Kansanterveyslaissa määriteltiin kuntien velvollisuudet, ts. ne palvelukokonaisuudet, joita kuntien piti asukkaille tarjota kansanterveystyönä. Näiden velvollisuuksien täyttämistä varten kunnalla piti olla terveystaluskus. Pääsääntönä oli tuolloin, että asukasluvultaan alle 10000 asukkaan kunnat ohjattiin muodostamaan ja ylläpitämään terveystaluksensa kuntainliittopohjalta (nimike muuttui myöhemmin kuntayhtymäksi). Maassa oli 1970-luvun lopulla noin 210 terveystaluskusta. Terveystaluskusten perustehtävät edustivat jo toiminnan käynnistyessä hyvin laajaa valikoimaa terveystalvuuista. On perusteltua väittää, että Suomeen luotiin palveluvalikoimaltaan ja samalla myös ammattihenkilöiden valikoimaltaan ja lukumäärältään (palveluiden piirissä olevaan väestöön suhteutettuna) maailman laajin kokonaisen maan kattava perusterveydenhuollon järjestelmä. Myöhemmin 1970-luvulla ja sen jälkeen kansanterveyslakiin on lisätty tehtäviä, mm. työterveyshuollon, opiskelijaterveydenhuollon, mielenterveystyön ja kuntoutuksen aloilta. 2000-luvulla lisättiin velvoite seurata kunnan asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin, huolehtia terveystalvukökohtien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa sekä tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa.

Kansainvälisesti on merkittävää, että suomalaiseen kansanterveystyön käsitteeseen sisältyy tavallaan aineksia kansanterveystyöstä (josta käytetään englanninkielistä nimitystä public health), silloin kun toiminta soveltuu paikalliselle tasolle sekä perusterveydenhuollosta (josta taas käytetään vaihtelevasti englanninkielisiä nimityksiä primary health care tai primary care).

Suomalainen perusterveydenhuolto voidaan käsitteenä kohdistaa tarkoittamaan joko terveystaluskusten kautta järjestettävää kansanterveystalvun mukaista toimintaa tai kaikkia niitä terveystalvuuista, joita kansalainen voi suoraan itse hakeutuen käyttää. Tällöin mukaan tulisivat sairaanhoidon osalta työterveyshuolto tai "työpaikkaterveydenhuolto" sekä myös yksityiset terveystalvut. On kuitenkin todettava, että erikoislääkärinpalveluiden käyttö suoraan hakeutumalla ei vastaa kansainvälistä käsitettä perusterveydenhuolto.

Se, että työterveyshuollossa on merkittävänä osana - volyymiltaan tuoreen tutkimuksen mukaan noin 60 % - henkilöasiakkaiden perustason yleislääkäritasoista sairaanhoitoa (Kimanen ym. 2008), on kan-

sainvälinen erikoisuus, jollaista ei tunneta muissa maissa. Tämä muodostaa yhdessä sairausvakuutuksen kautta subventoidun yksityislääkärinpalveluiden kanssa pohjan terveydenhuollon kokonaisrahoituksen monikanavaisuudelle. Monikanavaisuutta on arvosteltu useissa suomalaisen terveydenhuollon kansainvälisin asiantuntijavoimin tekemissä arvioissa (WHO 1991, OECD 2005). Monikerroksisuus palveluiden käytössä on käytännössä johtanut siihen, että kunnallisten terveystieteiden palveluita käyttävät suhteellisesti eniten vähätuloisimmat kansalaiset.

Kansainvälinen erikoisuus on myös laajamittainen sairaalahoidon sisältyminen perusterveydenhuoltoon "vuodeosastopalvelujen" muodossa. Palvelu oli tavallaan perintöä kunnallissairaaloiden ajalta. 1970-80-luvulla kapasiteettia kasvatettiin määrätietoisesti valtion ohjauksella. Tuolloin haluttiin rakentaa pitkäaikaishoidon paikkoja erikoissairaanhoidon pitkäiksi ajoiksi jatkohoitoa odottamaan jääneille vanhuspotilaille. Nykyisinkin lähes kaikilla terveystieteiden keskuksilla on oma sairaalahoitoyksikkönsä. Hoidosta on viime vuosina ollut noin 40-45 % pitkäaikaishoitoa ja loput lyhytaikaista akuutti- tai jatkohoitoa. Sairaalatoiminnan sijoittuminen tilastoissa perusterveydenhuoltoon on vaikeuttanut kansainvälisiä vertailuja terveydenhuollon rakenteista. Suomen terveydenhuollossa näyttää näissä vertailuissa keinotekoisesti korkea osuus henkilöstöstä tai kustannuksista sijoittuvan perusterveydenhuollon puolelle. Toisaalta erikoisuutena on pidettävä sitä, että pitkäaikaishoitoa yleensä toteutetaan laajamittaisesti terveydenhuollon alaisuudessa. Monissa muissa maissa vastaava "nursing home"-tyyppinen hoito sijoittuu sosiaalipalveluiden alaisuuteen.

2.3 Kehitys 1970-luvun jälkeen

1970-80-luvuilla kunnallisten terveystieteiden palveluiden kehitystä, voimavaroja ja kohdentumista ohjattiin valtakunnallisella suunnittelujärjestelmällä ja siihen kytketyillä valtionosuuksien kohdistamiskäytännöillä. Terveystieteiden toimintaa laajennettiin. Maahan rakennettiin terveystieteiden tilat. Terveystieteiden keskuksien saivat runsaasti laitteistoa, mm. hyvin yleisesti itsenäiset laboratoriot ja röntgenlaitteistot. Tätä on pidettävä niin ikään kansainvälisesti poikkeuksellisenä. Henkilöstön määrä kasvoi 1990-luvulle asti. 1990-luvun taloudellisen laman vuodet käänsivät henkilöstön määrän välillä laskuun.

Kehitys eteni poliittisten sopimusten pohjalta alueellisesti priorisoidussa järjestyksessä. Itä- ja Pohjois-Suomen maaseututerveystieteiden keskuksien saivat ensimmäisissä vaiheissa suhteellisesti eniten valtionosuuksia. Tätä perusteltiin erityisesti alueiden muuta maata korkeammalla sairastavuudella ja siitä aiheutuvalla palveluiden runsaalla tarpeella. Monille maaseutukunnille perusterveydenhuollosta valtionosuusrahoituksineen muodostui tärkeä elinvoimaisuustekijä. Kehittämistoiminnan päähuomio kohdistui 1970-80-luvulla tilojen rakentamiseen ja voimavarojen kasvattamiseen. Toiminnan laatu ja tuottavuus, palveluiden saatavuus ja esimerkiksi käyttäjälähtöisyys eivät jälkikäteen arvioiden olleet kovin hallitsevia ohjaavia periaatteita.

Huomio palveluiden sisältöön: väestövastuisten ratkaisujen aika

Itse kansanterveystieteiden sisällöstä tai perustehtävistä vallitsi kohtalaisen laaja kansallinen yhteinen näkemys. Sen sijaan jo 1980-luvulla kaupunkiterveystieteiden palvelukyky ja erityisesti avosairaanhoidon lääkäripalvelut nousivat keskustelun kohteiksi. Tuolloin ihmeteltiin, miksi lukuisissa Euroopan maissa lääkäripalveluiden saatavuus ei ole lainkaan ongelma. Vastaanottoaikoja saa näissä yleensä joko samana päivänä tai seuraavien 1-2 päivän aikana. Suomessa oli jo tuolloin maaseututerveystieteiden keskuksia, joissa oli kehitetty palvelukykyä samalle tasolle. Kaupunkipaikkakunnilla vastaanottoaikoja oli

hyvin vaikea saada, koska aikoja annettiin vain tiettyinä tunteina viikossa tai kuukaudessa. Annetut ajat saattoivat puolestaan sijoittua kuukausienkin päähän yhteydenotosta. Tästä kaikesta seurasi jälleen oma suomalainen erikoisuutensa: kaupunkilaisväestöt kehittivät tavakseen asioida terveyskeskuspäivystyksessä tavallistenkin ongelmien merkeissä, vaikka päivystyspalvelun tarkoituksena on ollut tarjota ensiapuluonteista tutkimusta ja hoitoa kiireellisissä tapauksissa.

Tästä käynnistyi merkittävä kokeilu- ja kehittämistyö, joka tunnetaan omalääkäri- ja väestövastuuko-keilujen nimellä. Huomattiin, että sekä terveyskeskuslääkäreiden että sopimuspohjalta kokeiluihin kytkettyjen yksityislääkäreiden työssä saatiin potilaslistapohjaisilta pohjilta varsin yksinkertaisin keinoin palveluiden saatavuus paranemaan ja mm. päivystyspalveluiden käyttö vähenemään. Kehitystyö osui samanaikaiseksi yleislääketieteen erikoisalan ja akateemisen oppialan vahvistamistoimien ja vahvistumisen kanssa. Nähtiin, että omasta vastuuväestöstään vastaava yleislääkäri on oikea ja kansainvälisten mallien kanssa samansuuntainen ratkaisu, jolla palveluita voitiin merkittävästi parantaa ja samalla tuoda hoitoon jatkuvuutta, koordinaatiota ja palveluhenkisyttä. Samaan aikaan tapahtui terveydenhoitajien ammatillisessa kehitystyössä vastaavansuuntainen siirtymä kohti väestövastuisuuden periaatteita. Terveysdenhoitajien työ oli muodostunut tuohon mennessä pieniä maaseutupaikkakuntia lukuun ottamatta sektoripohjaiseksi. Eri palvelumuodoista vastasivat näihin erityisesti paneutuneet ja perehtyneet terveydenhoitajat. Väestövastuisuuden etsijät halusivat hakea sekä perheiden että asuinalueiden väestöjen kokonaisuuksiin perustuvia näkemyksiä. Tältä pohjalta kehitettiin 1980-luvun lopulta lähtien malleja, joissa perustavoitteena oli, että kaupunkioloihin luotaisiin terveysasemakohtaisia vastuuväestöjä, joiden palveluista vastaisi nimetty ydintyöryhmä. Lääkäreiden työssä potilaat olivat mallissa lääkärikohtaisesti vastuuväestöiksi listattuja (Stakes 1993). Kun mukaan tuotiin vielä paikallistason sosiaalipalvelut (erityisesti sosiaalityö ja kotipalvelu) eräissä kunnissa, ryhdyttiin puhumaan alueellisesta väestövastuusta (AVV) toimintaperiaatteena. Tätä periaatetta tuettiin 1990-luvun alussa mm. STM:n ja Stakesin toimesta näkyvästi (Mäkelä ym. 1993).

Väestövastuiset toimintamallit osoittautuivat kuitenkin 1990-luvun myöhempinä vuosina monimerkityksisiksi (Kokko 1997). Terveysdenhoitajien ja sairaanhoitajien työssä väestövastuiset mallit, joista ääripäänä oli keskusteluissa esillä näkyvimmin "vauvasta vaariin"-periaate, eivät saavuttaneet vastoin odotuksia suurta suosiota. Lääkäreiden työssä työn osittaminen listautumisperiaatteen mukaisesti saavutti kuitenkin vankan jalansijan. Tätä toimintamallia ryhdyttiin kutsumaan omalääkäriperiaatteeksi tai -malliksi. Mallin tunnusmerkki ja vedenjakaja oli valtakunnallinen omalääkärisopimus, valtakunnallisen terveyskeskuslääkäreiden työsopimuksen optionaalinen vaihtoehto. Kyseisen mallin piirissä oli 1990-luvun lopulla enimmillään yli puolet maan väestöstä (Kangas 1999). Maan suurimmissa kunnissa malli oli lähes kaikissa käytössä. Monissa pienissä maaseutukunnissa puolestaan katsottiin, että 1-2 lääkärin työssä rajatun väestön parissa ei välttämättä tarvita listautumista.

Suomalaisten terveyskeskusten avosairaanhoito toimi 1990-luvun puolivälin aikoihin varmaankin parhaimmilla tavoillaan koko kansanterveystyön historian aikana. Palveluiden saatavuus oli keskimäärin kohtuullisen hyvä. Avainammattihenkilöistä ei voinut pulaa. Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden peruskoulutuksessa tehtiin 1990-luvun alun lamavuosina nyt jälkikäteen lyhytnäköisiksi hätäjarrutuksiksi arvioitavissa olevia supistuksia.

Suun terveydenhuollossa terveyskeskusten vastuulla olivat säädöspohjalta lapset ja nuoret sekä eräät hammashoitoa erityisesti tarvitsevat erityisryhmät. Aikuisväestöä voitiin hoitaa voimavarojen sallimisrajoissa. Tätä varten oli erityinen asiakasmaksutaksa, jolla voitiin kattaa merkittävä osa aikuishoidon kustannuksista. 1990-luvulla maassa oli lukuisia terveyskeskuksia, joissa koko aikuisväestö pääsi terveyskeskuksen hoitoon. Sittenmin on hoitovelvoitteen rajausta lapsiin ja nuoriin poistettu ja vuonna 2005 voimaan tulleen hoitotakuun myötä oikeus hoitoon enimmäisajassa säädettiin kaikille kansalai-

sille. Samoihin aikoihin oli avattu mahdollisuus saada tavallisesta hammashoidosta sairausvakuutuskorvausta yksityishammaslääkärihoidon kustannuksista. Suun terveydenhuollossa on näin ollen jouduttu tekemään eri vaiheissa merkittäviä toiminnan linjapäätöksiä.

Terveyskeskusten rakenne ja suhde sosiaalitoimeen

Terveyskeskusten yllä pitämiseksi muodostetut kuntainliitot (1990-luvulta alkaen kuntayhtymät) ovat olleet yksi perusmuoto suomalaisten kuntien yhteistyötä jo vuosikymmenien ajan. Kuntainliittoja muodostettiin aikanaan vaihtelevilta pohjilta. Osa yhteistyökumppaneista löysi luontevasti toisensa, osa kuntainliitoista syntyi vasta työlään ratkaisujen etsimisen tuloksena. Muutamia kuntainliittoja kutsutaan edelleenkin valtion "pakkopäätöksellä" muodostetuiksi. Yleinen jälkikäteisarvio lienee, että kuntayhtymään hallintomuotona ei ole oltu kovin tyytyväisiä. Yksittäisen kunnan ja kuntayhtymän toiminnan ja voimavarojen suunnittelun, ohjauksen ja päätöksenteon prosessit ovat johtaneet monissa tapauksissa ristiriitoihin.

1980-luvun lopulla useat yksittäiset kunnat pyrkivät irrottautumaan kuntainliitoista. Valtiovalta esti tällaiset irtautumiset käytettävissään olevilla keinoilla siihen saakka, kunnes Himangan kunta sai korkeimman hallinto-oikeuden ennakkopäätöksellä luvan irrottautua joutumatta kohtaamaan valtion-osuus- tai muita sanktioita. Tämä saattoi liikkeelle 1990-luvun alkuvuosina ja etenkin vuoden 1993 alusta voimaan tulleen kuntien irrottautumis- tai itsenäistymisaallon. Erityisesti Itä- ja Pohjois-Suomen sekä eräiden Pohjanmaan alueiden terveyskeskukset kokivat näitä muutoksia, jotka jäivät puolestaan esimerkiksi Varsinais-Suomessa ja Satakunnassa harvinaisiksi. Kuntayhtymistä irrottautumisten ja näihin yleensä liittyneiden sosiaali- ja terveystoimen yhdessä kunnassa yhdistämisten yleisyydestä antaa kuvan taulukko 1, jossa vertaillaan vuosia 1980 ja 2005. Näiden välillä tapahtuivat lähes kaikki terveyskeskuskuntayhtymien purkautumISRatkaisut. Vuoden 2005 tilanne edustaa kehitysvaihetta, jossa myöhemmin säädetyn PARAS-puitelain ohjailuvaikutus ei vielä näy.

Taulukko 1: Perusterveydenhuollon järjestämisratkaisut Suomessa vuosina 1980 ja 2005

Kunnan asukasluvun kokoluokka	Terveyskeskustoiminta kuntayhtymän, ostopalvelun tai "ristiin järjestämisen" kautta järjestäviä v 2005				Terveyskeskustoiminnan "aina" kunnan oman terveyskeskuksen kautta järjestäneitä				Kuntayhtymästä aikana 1980-2005 irtautuneita, nyt itse järjestäviä			
	Kuntia lkm	Näissä asukk. yht	% maan kun-nista	% maan väes-töstä	Kuntia lkm	Näissä asukk. yht	% maan kun- nista	% maan väestöstä	Kuntia lkm	Näissä asukk yht	% maan kun- nista	% maan väes- töstä
Alle 1000 as	17	9962	4	0,2	1	979	0	0	4	2772	0,9	0,1
Alle 2000 as	70	91756	16	1,8	2	2486	0	0,0	10	12056	2,3	0,2
Alle 3000 as	114	202388	26	3,9	3	5078	1	0,1	20	35466	4,6	0,7
Alle 4000 as	144	306802	33	5,9	8	22862	2	0,4	36	89367	8,3	1,7
Alle 5000 as	162	387832	38	7,4	15	55048	3	1,1	44	126210	10,2	2,4
Alle 10000 as	214	757216	50	14,5	45	281513	10	5,4	71	315141	16,4	6,0
Kaikki	252	1521008	58	29,0	95	3065539	22	58,5	85	649571	19,7	12,4
Ne kuntayhtymistä irtautuneet kunnat, jotka hankkivat koko kansanterveystyön palvelut naapurikunnalta, on laskettu mukaan kuntayhtymän kautta järjestäviin, koska järjestely vastaa melko tarkalleen kuntayhtymätilannetta ostopalvelupohjalta.												
Kainuun maakuntapohjainen järjestämisratkaisu on tässä luokiteltu kuntayhtymäksi												

Kuntayhtymistä irrottautumista perusteltiin kuntien autonomiapyrkimyksillä, joita vuoden 1993 alusta toteutettu valtionosuus- ja suunnittelukäytäntöjen radikaali muutos vauhditti. Maasta tuli kerralla ehkä koko maailman hajautetuin maa terveydenhuollon palveluiden rahoituksessa ja palveluiden järjestämi-

sessä. Sitä ennen Suomi oli ollut varsin perinteinen keskitetyn valtion ohjauksen maa huolimatta pohjoismaisesta kuntapohjaisesta yleisestä hallintorakenteestaan.

Kuntayhtymistä irrottautumisen toinen tärkeä kannustin oli pyrkimys päästä liittämään sosiaali- ja terveystoimi hallinnollisesti ja usein myös toiminnallisesti yhteen. Maassa oli jo 1970-luvulla yhdistetty kolmessa kaupungissa sosiaali- ja terveystoimi hallinnollisesti. Näissä perusterveydenhuolto ja sosiaalitoimi jatkoivat hallinnollisesta yhdistämisestä huolimatta varsin itsenäistä ja erillistä toimintaansa. 1990-luvun alussa oli kehitelty alueellisen väestövastuun kehitystyön osana sekä eräissä yksittäisissä kunnissa pitkälle meneviä sosiaali- ja terveystoimen toisiinsa fuusioimisen toimia. Tämä näkyi ennen kaikkea organisaatioiden yksikkörakenteissa. Esiintyi alueellisia yhdistettyjä vastuualueita. Monissa kaupungeissa yleistyivät alueellisen väestövastuun aikakauden jälkeen uusille pohjille muodostetut toimintasektoripohjaiset mallit. Näissä vastuualueiden joukossa on organisaatioyksiköitä, joissa yhdistyy sosiaali- ja terveyspalveluita esimerkiksi vanhuspalveluiden, kotihoidon, pitkäaikaishoivan, psykososiaalisten palveluiden jne. muodossa. Muutamissa kaupungeissa otettiin käyttöön integroituja sosiaali- ja terveysasemia, joilla työskenteli lääkäreitä, hoitajia, sosiaalityöntekijöitä sekä yleensä kotisairaanhoidosta ja kotipalvelusta kotihoidoksi integroidun palvelun työntekijöitä. Näitä ratkaisuja perusteltiin sekä asiakaslähtöisyydellä että oikeiden kokonaisuuksien käsille ja näkyville saamisen eduilla.

Kotisairaanhoidon ja kotihoidon yhteiseksi kotihoidon palveluksi sulauttamiseksi maassa on tehty todella paljon työtä lukuisissa kunnissa. Voittavina on ollut eri näkemysperustojen, eri ammattiryhmien ja erilaisen johtajuuden muodostamia eroja ja ristiriitoja. Parhaiten integroinnissa edistyneet organisaatiot ovatkin kehittyneet innovatiivisiksi ja ne viitoittavat muille tietä.

Samoin on edetty jo jonkin matkaa pitkäaikaisen laitoshoidon ja -hoivan integroinnissa. Kehitystä näyttää jäykistävän vanhainkotihoidon tunnetun sosiaalihuoltolain mukaisen laitoshoidon ja kansanterveyslain mukaisen terveyskeskussairaalahoidon sijoittuminen eri lakien alaisuuteen. Toisaalta tehostetun palveluasumisen vahva nousu on epäilemättä selkeyttänyt ajattelua siitä, mihin perustehtäviin tarvitaan pitkäaikaishoitoa ja -hoivaa laitoksissa.

1990-luvulla tehtiin myös paljon työtä ns. psykososiaalisten palveluiden integroimisessa yli sosiaali- ja terveyspalveluiden rajan. Näihin palveluihin on yleisesti luettu sosiaalitoimen puolelta ainakin päihdehuollon palvelut ja perheneuvoloiden palvelut sekä joissakin kaupungeissa eräät vammaispalvelut. Perusterveydenhuollosta saman nimikkeen alle ovat sijoittuneet aikuisten tai joissakin tapauksissa myös lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut, eräät kuntoutuspalvelut. 1990-luvulla integroimispyrkimyksiä ovat vaikeuttaneet eri palveluiden erilaiset taustat ja identiteetit sekä myös lainsäädännön epätarkkuus kyseisistä palveluista puhuttaessa. Yhteinen kehittämistyö on kuitenkin näistä vaikeuksista huolimatta jatkunut ja edistymistä on tapahtunut.

1990-luvun muutoksista merkittävimpanä on pidettävä edellä jo mainittua valtionosuus- ja suunnittelujärjestelmän uudistusta. Sen osana suunnittelu siirtyi kuntien vastuulle, valtion ohjaava ote keveni voimakkaasti – ja myöhemmin käydyssä keskustelussa monien mielestä liikaakin. Terveyspalveluissa käytettävän rahoituksen logiikka muuttui perusteellisesti. Aikaisemman valtionosuusjärjestelmän aikana kuntien ja terveyskeskusten kannatti käytännössä aina tavoitella valtionosuuksia, ts. järjestää toimintaa tai laajentaa sitä, hankkia investointeja jne. Kunnalle viime kädessä maksettavaksi jäävät osuudet olivat alhaisia tai ainakin kestettävissä, kun otetaan huomioon kunnan saamat verotulot ja kerrannaisvaikutukset paikkakunnan elinkeinoelämään. 1993 jälkeen kaikki menot ovat olleet "reaalimenoja", joiden karsimista kunnalliset päättäjät joutuivat tuon jälkeen opettelemaan. Tämä uusi logiikka on näkynyt myös terveyskeskuspalveluissa. Esimerkiksi neuvolatoiminnan ja kouluterveyden-

huollon supistusten on sanottu syntyneen tältä pohjalta. Toisaalta reaalitalous on ollut myös omiaan kannustamaan rakenteellisiin uudistuksiin ja säästöihin. Esimerkiksi terveyskeskusten yöaikaista päivystyspalvelua tarjoavien toimipisteiden verkko on supistunut 1990-lukua tähän päivään verrattessa alle puoleen.

2.4 Perusterveydenhuolto ja 2000-luvun muutokset

2000-luvulle on ajoittunut monia suunniteltuja ja suunnittelemattomia perusterveydenhuoltoon vahvasti vaikuttaneita muutoksia. Tähän on poimittu näistä vain tärkeimpiä.

Seudullisen yhteistyön esiin nousu

Vuoden 2001 aikana koko maata heräteltiin STM:n vt. ylijohtaja Huttusen koko maan kattaneiden informaatiokokousten avulla. Huttusen viesti terveydenhuollosta oli yksinkertaistettuna: Suomen terveydenhuolto on pärjännyt haasteisiin nähden hyvin ja sen perusta on oikea ja kunnossa. Silti taivaanrannassa on synkkiä pilviä, jotka uhkaavat kehitystä. Jo tuolloin oli näkyvissä lääkäri- ja hammaslääkärityövoiman rekrytointi- ja pysyttämistä vaikeuksia perusterveydenhuollossa sekä eräillä erikoissairaanhoidon aloilla ja pienissä erikoissairaaloissa. Noihin aikoihin puhuttiin terveydenhuollon kestävämmästä kustannuskehityksestä. Valtionvarainministeriön toimesta arvioitiin tuottavuuskehitystä kielteiseksi niinä vuosina, jolloin kunnallisessa toiminnassa palattiin 1990-luvun laman vuosien jälkeen kohti "normaalia" tilannetta. Huttunen puhui seudullisen yhteistyön, perusterveydenhuollon väestöpohjien laajentamisen ja myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteen liittämisen puolesta. Stakesin kuntapalvelut-yksikön työnä tehtiin tuohon aikaan useille alueille suunnitelmia seudullisesta yhteistyöstä, sekä sisällöstä että rakenteista.

Seudullisesta yhteistyöstä käyty keskustelu osoitti, miten epätarkkaa keskustelu saattoi olla. Joissakin puheenvuoroissa perusteltiin suurten väestöpohjien varaan siirtymistä sillä, että ne antavat tilaisuuden rakentaa riittävän suuria palveluyksiköitä, esimerkiksi terveysasemia, joissa olisi riittävän toimintapohjan aikaan saamiseksi vähintään 8-10 lääkärin vastaanotto. Samaan aikaan puhuttiin lähipalveluiden jokaisessa kunnassa säilyttämisen tärkeydestä ja alleviivattiin, että aikaisempaa laajemmat väestöpohjat tarkoittaisivat palveluiden järjestämisen, hallinnon ja erityispalveluiden keskittämistä seudullisesti. Lähipalvelut "luvattiin" näissä puheissa säilytettävän lähellä käyttäjiä. Onkin ilmeistä, että maa-seutukuntien päätöksentekijöiden piirissä nämä lupaukset vähensivät ratkaisevasti väestöpohjien kasvattamista kohtaan syntynyttä vastarintaa.

Kansallinen terveydenhuoltoprojekti

Kohta tämän jälkeen maassa saatettiin liikkeelle kansallisena terveydenhuoltoprojektina tunnettu prosessi. Projektin perusajatuksena oli hakea valtakunnallinen yhteinen näkemys terveydenhuollossa tarvittavista rakenne- ja tehostamismuutoksista ja toisaalta tarvittavista (lisä)voimavaroista. Projekti jatkautui valmisteluvaiheessa viiteen eri osa-alueeseen. Näistä eniten huomiota herätti palveluiden rakenteita koskeva osa. Sen taustaryhmässä käytiin varsin laajaa keskustelua sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon rakenteiden uudistamistarpeista. Lopputuloksena oli suositus perusterveydenhuollon järjestämisestä aikaisempaa suuremmille väestöpohjille. Perusterveydenhuoltoa koski myös projektin suositusten aluesairaaloita koskeva linjaus. Aluesairaalat suositeltiin joko integroitaviksi alueensa keskussairaaloiden asianomaisiin klinikoihin tai siirrettäväksi alueen perusterveydenhuollon kanssa saman organisaation alaisuuteen.

Projektin tavoitteita tuettiin vuosien 2003-2007 terveydenhuollon hankerahoituskaudella nimeämällä mm. seudullisen yhteistyön toteuttaminen sekä sitä palvelevat kehityshankkeet, esimerkiksi alueelliset tietojärjestelmät tai muiden palvelukokonaisuuksien rakentaminen, painopisteen alueiksi. Alueelliset koordinaattorit palkattiin edistämään rakenteellisia muutoksia ja näissä pääpaino oli perusterveydenhuoltoa koskevilla toimilla. Kyseisen ajanjakson hankkeita esitellään ja arvioidaan jäljempänä erikseen. Kuitenkin jälkikäteen on arvioitu, että yksi PARAS-prosessiin johtanut tärkeä tekijä oli kansallisen terveydenhuoltoprojektin tuottamien tulosten vähäisyys nimenomaan perusterveydenhuollon uudelleen organisoimisessa.

Henkilöstövajeet

Lääkäri- ja hammaslääkäri työvoiman saatavuus ja pysyvyys terveyskeskusvakanseissa on vaikeutunut itse asiassa koko 2000-luvun ajan. Tuoreimmasta lääkäri- ja hammaslääkäri työvoiman tilanne on tiivistetty seuraaviin taulukkoihin.

Taulukko 2. Terveyskeskuslääkärien virat ja toimet (lähde: Lääkäriliitto)

	2 007		2 008	
	N	%	N	%
Viranhaltija työssä	2 301	62,1	2 301,5	61,9
Ulkoistetut tehtävät	116	3,1	175	4,7
Sijainen	526,5	14,2	497,5	13,4
Ei sijaistarvetta	115,5	3,1	72,5	2,0
Ostopalvelu	286	7,7	261	7,0
Lääkärivaje	357,5	9,7	408,5	11,0
Yhteensä	3 702,5	100,0	3 716,0	100,0

Taulukko3. Terveyskeskushammaslääkärien virat ja toimet (lähde: Hammaslääkäriliitto)

	2 007		2 008	
	N	%	N	%
Viranhaltija työssä	1 608	77,5	1 624	77,4
Sijainen	36	1,7	29	1,4
Ei sijaistarvetta	70	3,4	59	2,8
Jäädynetty	33	1,6	28	1,3
Täyttämättä muusta syystä*			31	1,5
Vuokratyövoima	75	3,6	83	4,0
Hammaslääkärivaje	252	12,1	244	11,6
Yhteensä	2 075		2 098	100,00
<i>Ostopalvelu</i>	n. 50		n. 100	

* Selvittämättä vuodelta 2007

Tilanne vaihtelee voimakkaasti maan eri alueiden välillä. Syrjäisissä kunnissa ja eräissä ongelmaterveyskeskuksiksi kehittyneissä vaje on vakavinta, vaikein tilanne on Kainuussa, Etelä-Karjalassa ja Kymenlaaksossa. Paras on tilanne yleensä yliopistosairaalapaikkakunnilla ja niiden läheisyydessä sekä Päijät-Hämeessä. "Lääkäripulasta" kärsivien terveyskeskusten alueilla asuu arviolta noin 900 000 suomalaista. (Suomen Lääkäriliitto 2008).

Hoitohenkilöstön työvoimavajetta on esiintynyt toistaiseksi paljon vähemmän kuin lääkäreiden tai hammaslääkäreiden töissä (Taulukko 4). Ongelmia esiintyy lomakausien sijaisten saamisessa sekä myös yksittäisillä paikkakunnilla kaikkina aikoina sijaisten saamisessa. Rekrytointivaikeuksia esiintyy myös raskaiksi koettuihin tehtäviin ja vuorotyöhön työntekijöitä haettaessa. Hoitajapulaa ennustetaan vaikeutuvan nopeasti eläkkeelle jäämisen vuoksi lähitulevaisuudessa.

Taulukko 4. Hoitohenkilöstön työvoimavaje (%) sosiaali- ja terveydenhuollossa vuosina 2004, 2005 ja 2008

Ammattiryhmä	2004	2005	2008
Sairaanhoitaja, erikoissairaanhoitaja	2,4	2,4	4,7
Lähihoitaja, perushoitaja, lastenhoitaja, kodinhoitaja, kehitysvammahoitaja tms.	1,5	2,8	4,6
Terveystenhoitaja	0,7	2,9	4,0
Hammashuoltaja, suuhygienisti	1,4	5,8	3,3
Hammashoitaja	0,8	3,1	3,0
Fysioterapeutti	1,7	2,1	2,5

Lähde: Kunnallisen työmarkkinalaitoksen tiedustelu sosiaali- ja terveydenhuollon työvoimatilanteesta 2008

Maassa on useita lääkäri- ja hammaslääkärityövoimaa ja vähitellen myös muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden työvoimaa vuokraavia tai muutoin ostopalveluina järjestämistä tarjoavia yrityksiä. Näiden työ on laajentunut tilapäisen sijaistyövoiman välittämisestä pitkäaikaisten työsuhteiden järjestämiseen ja viime vuosina myös kokonaisten terveysasemien tai terveyskeskusten työn "ulkoistamisen" pohjalta hoitamiseen. Nämä yritykset herättävät paljon keskustelua ja näkemyksiä. Niiden toimintaa ei ole vielä kovin laajasti arvioitu. Stakesin tutkimuksessa saatiin melko positiivisia arvioita itse toiminnasta ja sen kustannuksista (Mikkola 2006). Ehkä ongelmallisinta asiassa on se, että monet terveyskeskukset - joiden joukossa on myös vahvat "hyvin toimivan terveyskeskuksen" perinteet 1970-90-luvuilla hankkineita kaupunkiterveyskeskuksia - ovat ajautuneet ulkoistamiseen, kun muita vaihtoehtoja ei ole näyttänyt enää olevan olemassa. Yhtenä ongelmallisena piirteenä lääkäreiden työmarkkinatilanteesta voidaan pitää sitä, että kokemattomat uransa aivan alussa olevat lääkärit voivat saada suhteettoman korkeita ansioita ja että kaiken keskellä sitoutuminen kokopäivätoimiseen yleislääkärin työhön on vähenemässä sekä nuorten että kokeneiden lääkäreiden keskuudessa. Kovin moni terveyskeskus kertoo joutuvansa perustamaan toimintansa edustajiensa mielestä aivan liiaksi kokemattomien lääkäreiden varaan. Näille uransa alussa oleville lääkäreille ei voida aina yrityksistä huolimatta järjestää työhön opastusta, vanhemman ja kokeneemman lääkärin tukea tai toimipaikkakoulutustakaan. Tämä merkitsee yleislääkärikunnan jälkikasvusta ja uusiutumista tinkimistä.

Muuttuva työnjako ja uudet toimintatavat

Lääkäri työvoiman vaje on ainakin vauhdittanut 2000-luvulla toteutunutta kehitystä, jossa perinteisesti lääkäriille kuuluneita tehtäviä on siirretty joko kokonaan tai osittain sairaanhoitajille. Siirrettävät tehtävät ovat yleensä liittyneet joko äkillisiin sairauksiin ja pikku tapaturmiin tai pitkäaikaissairauksien hoitoon. Kumpikaan kehitys ei ole maassa varsinaisesti uusi. Maaseudun terveydenhoitajat ovat vuosikymmenien ajan osallistuneet sairauksien arviointiin, hoitoon ja esimerkiksi sairauslomien tarpeen toteuttamiseen. Maassa on ollut jo 1970-luvulta lähtien diabeteksen ja reuman hoitoon suuntautuvia polikliniikkatyötehtäviä sairaanhoitajia. 1980-90-luvuilla mukaan ovat tulleet psykiatrian erikoissairaanhoitajat, astmahoitajat ja monet muut erityisosaamiseen perustuvat tehtävät. 2000-luvulla uusia työnjakoa on kehitetty ja arvioitu kansallisen terveystieteen osana. Näissä on saatu kuva siitä, miten työtehtäviä voidaan jakaa uusilla tavoilla, mitä perehdyttämistä ja koulutusta tarvitaan ja mistä asioista on näkyvästi toiminnan pohjaksi sovittava (Hukkanen ja Vallimies-Patomäki 2005). Parhaillaan keskustellaan aloitteista rajoitetun reseptikirjoittamisoikeuden antamisesta sairaanhoitajille.

Työnjakoa laajempi ja varmaankin koko maan tasolla merkittävämpi kysymys on siirtyminen uusiin toimintatapoihin ja palvelumuotoihin, joissa sairaanhoitajien työpanos on tärkeässä asemassa. Näyttää siltä, että maassa on hahmottumassa erilaisia lääkärin työn ja hoitotyön toisiinsa kytkevien tapojen, jotka poikkeavat toisistaan. Puhutaan "työparityöskentelystä", tiimimalleista sekä hoitajien puhelinpalvelusta ja akuuttivastaanotoista. Maassa ulkoistettiin 2000-luvulla uuden innovaatioajatuksen innoittamina monilla paikkakunnilla perusterveydenhuoltoon liittyvä puhelinneuvonta ja samalla hoidon tarpeen arviointi. Toiminta laajeni useisiin sairaanhoitopiireihin, mutta sen jälkeen, kun toimintaan ohjattu hankeraha loppui, terveyskeskus toisensa jälkeen laski, että ulkoistetun palvelun vaatimilla kustannuksilla voisi palkata runsastikin sairaanhoitajatyövoimaa omille terveysasemille tekemään sekä puhelinneuvontaa että yleistä vastaanottotoiminnan sairaanhoitajan työtä. Edessä on uusien toimintamallien hakemista. Samaan aikaan ollaan monissa terveyskeskuksissa suunnittelemassa tai jo toteuttamassa listapohjaisen omalääkäriperiaatteen korvaamista joillakin tavoilla uudistetuilla periaatteilla, joissa omalääkäri- ja omahoitajasuhde tarjottaisiin kuitenkin palveluita usein käyttäville tai pitkäaikaisten terveysongelmien luonteen vuoksi tarvitseville.

Vanhuspalvelut ja pitkäaikaishoidon painottuminen koteihin

Perusterveydenhuollolla on tärkeä rooli ikääntyvän väestön kasvavan palveluiden tarpeen tyydyttämisessä. Terveyskeskussairaaloita ei ole - yllättävää kyllä - kovinkaan kattavasti arvioitu. Ei tiedetä, onko tällainen suomalainen lisä koko palveluiden kokonaisuuteen hyödyllinen ja edullinen vai onko se kuormittava jäännös menneiltä vuosikymmeniltä. Todennäköistä on, että tarkentuva tutkimus voisi osoittaa suurta vaihtelua maan eri terveyskeskuksissa. Näistä tutkimustuloksista ja niiden pohjalta toteutettavista muutoksista olisi puolestaan opittavaa koko maahan. Suunta on joka tapauksessa kohti kotiin tuotettavia palveluita. Tällöin koti on usein tavallinen koti, varustettuna mahdollisesti kotona annettavaan raskaaseenkin hoitoon ja hoivaan. Maassa ei voida edetä rakentamalla ja miehittämällä henkilökunnalla uutta laitoshoidon kapasiteettia vanhusväestön kasvua vastaavassa määrin. Terveyskeskussairaalat pitkäaikaishoidon paikkoina eivät vastaa tämän päivän ikäihmisten odotuksia hyvästä ja inhimillisestä hoitoympäristöstä, eikä suhtautuminen varmaan tulevaisuudessaan muutu. Tarvitaan uusia toimintamalleja. Perinteinen "valvottu kotisairaanhoito" on edellisten vuosikymmenien palvelukonsepti, joka pitää voida uusintaa. Uudistuksen malliksi ei kannata ottaa myöskään kotisairaala, vaan koko kotiin tuotettavaan hoitoon olisi rakennettava uusia toimintamalleja, joissa pitkäaikainen ja lyhytaikainen hoito ovat toistensa lomassa aivan kuten perusterveydenhuollon avohoidon vastaanotoillakin.

Terveyskeskusten avosairaanhoidon yhdeksi raskaaksi työsaraksi esitellään terveyskeskusvierailuilla usein "monisairaiden vanhusten" hoitaminen ja sen haasteellisuus. Erikoissairaanhoidon jakautunut kapeisiin erikoisaloihin. Ikäihmisille määrätään runsaasti tutkimuksia, hoitoja ja lääkkeitä. Perusterveydenhuollon yleislääkärille ja hoitajalle jää vastuun ottaminen kokonaisuudesta. Tässä tarvitaan perusterveydenhuollon lähtökohdista kehitettäviä toimintamalleja, jotka eivät ole yksittäisten pitkäaikaisien sairauksien mukaan määriteltyjä tai saneltuja.

Kunta- ja palvelurakenneuudistus ja perusterveydenhuolto

PARAS-prosessi, joka seurasi osittain kansallisen terveydenhuoltoprojektin pyrkimyksistä siirtää perusterveydenhuoltoa aikaisempaa suuremmille väestöpohjille, on mittava muutos, joka koskee yli puolta maan väestöstä. PARAS-muutokset ovat parhaillaan hiottavina. Maahan muodostuu vuoden 2008 loppuun mennessä saatujen tietojen mukaan 61 yhteistoiminta-alueita, jotka korvaavat lähes 200 kuntayhtymäpohjaista terveyskeskusta. Näistä noin puolet tulee olemaan hallintoratkaisultaan kuntayhtymiä ja loput isäntäkuntamalliin perustuvia. Yhteistoiminta-alueiden määrä kasvanee vielä muutamalla, koska joukko kuntia ei ole vielä pystynyt ratkaisemaan, kuinka ne täyttävät kunta- ja palvelurakenneuudistuksen puitelain vaatimukset. Kuntayhteistyön lisääntyminen on herättänyt huolta maaseutukunnissa. Palveluiden epäillään heikkenevän tai muuttuvan suurista kaupunkikeskuksista saataviksi. Näitä epäilyjä on lievitetty puheella lähipalveluiden säilymisestä ja siitä, miten keskittäminen aikaisempaa suuremmille pohjille koskee hallintoa ja erityispalveluita. Edessä on paljon toimintakonseptien kehittämistyötä sekä paljon hallinnollista perustyötä yhteistyön pohjien, kuntalaskutuskäytäntöjen yms. ympärillä. PARAS-kehitys tulee joka tapauksessa vaatimaan paljon kunnallista työpanosta ja voimavaroja. Tärkeää olisi valtakunnallisessa kehittämistyössä pystyä keskittämään toiminnallisen lisäarvon esille nostamiseen PARAS-rakenteiden tarjoamalta pohjalta.

PARAS-prosessi tuo kuvaan mukaan kuntien päättämässä laajuuksissa mukaan otettavat sosiaalipalvelut. Maahan syntyy kymmeniä uudenlaisia sosiaali- ja terveyspalvelut kokonaan kattavia kuntien yhteistoiminta-alueisiin perustuvia organisaatioita. Vielä enemmän syntyy yhteistoiminta-alueita, joihin sijoittuu valikoituja osia sosiaalipalveluista, esimerkiksi vanhuspalvelut osittain tai kokonaan, tai vaikkapa päihdehuollon ja perheneuvonnan palveluita. Valtaosa yhteistoiminta-alueista perustuu joko aikaisemmin toimineisiin terveyskeskuskuntayhtymiin tai niiden yhdistelyyn tai täydentämiseen. Yhteistoimintasuhteet ovat näin ollen monilla yhteistoiminta-alueilla jo rakentuneet. On kuitenkin esitetty joukko sellaisia suunnitelmia yhteistoiminta-alueiksi, joista herää huoli koko suunnitelman toimivuudesta. Joukossa on maantieteellisesti hyvin hajanaisia ja keinotekoisia alueita. Yksittäisistä yhteistoiminta-alueista on vaarassa muodostua hallinnollisesti mutkikkaita ja vaikeaselkoisia, jos kaikki suunnitelmat toteutuvat nykyisissä muodoissaan.

Uudenlaiset palveluorganisaatiot

Jos pienaluepohjainen alueellinen väestövastuu oli 1990-luvun palveluiden organisoinnin trendi, vastaavaa paikkaa tavoittelevat nyt ns. elämänkaarimallin mukaiset tavat organisoida sosiaali- ja terveyspalvelut pääasiassa kolmeen ryhmään. Nämä ryhmät ovat yleisimmin 1) lasten, nuorten ja perheiden palvelut, 2) työikäisten palvelut ja 3) ikääntyneiden / pitkäaikaissairaiden palvelut. Näiden lisäksi organisaatioissa voi olla tukipalvelu- tai hallintorakenteita. Periaatteena on, että elämänkaarimallin mukainen organisaatio tarjoaisi käyttäjäryhmälleen palvelut asiakaslähtöisesti kierrättämättä tätä eri luukuilla tai palvelupisteissä. Samoin periaatteena on ollut integroida sosiaali- ja terveyspalvelut luontevina kokonaisuuksina käyttäjien ja heidän tavallisimpien ongelmien tai hoidon ja hoivan perustehtävien ympärille. Tällaisia malleja on toteutettu yksittäisissä kunnissa ja kuntien yhteisissä organisaatioissa, mm. Kainuun ja Itä-Savon sosiaali- ja terveystieteissä tai vuoden 2009 alusta lähtien kuntaliitosten

myötä kasvavan Hämeenlinnan palvelukentän organisoinnissa. Elämäнкаarimalleja ei ole niiden toiminta-ajan lyhyiden vuoksi ehditty arvioida kovin pitkälti. Tiedetään, että nämä mallit herättävät myös kriittisiä arvioita erityisesti lääkäreiden ja terveydenhuollon johtajien puolella.

Maassa on laskutavoista riippuen 10-15 sellaista kunnallista organisaatiota, joissa perusterveydenhuollon kanssa saman hallinnon alaisuudessa toimii erikoislääkärijohtoinen sairaala, yleisimmin aluesairaala tai kaupunginsairaala. Palveluiden kartta on näiltä kohdin muuttunut nopeasti eri suuntiin. Parhaimmillaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sijoittumisesta samaan organisaatioon odotetaan uudenlaista lisäarvoa ja joustavuutta palveluihin. Monista näistä organisaatioista kerrotaan uusista ja innovatiivisista tavoista järjestää tai yhdistellä palveluja. Ehdotuksessa uudeksi terveydenhuoltolaiksi on hahmoteltu tällaisille organisaatioille oma hallinnollinen pohjansa, joka olisi vaihtoehtoinen tavanomaista nykyistä sairaanhoitopiiriä vastaavaan kuntayhtymään kuulumiselle.

2.4 Perusterveydenhuoltoon kohdistuva kehittämistoiminta

Perusterveydenhuoltoa kehitettiin ensimmäisten vuosikymmenien aikana palveluiden valikoimaa ja voimavaroja lisäämällä. Valtion keskitetty ohjaus vastasi viime kädessä toiminnan laajentumisesta ja muutoksista.

Perusterveydenhuollon kehittämistoimia ja -hankkeita sävyttivät 1980-90-luvuilla palveluiden ja työn organisoinnin kysymykset. Kehittämistoiminta keskittyi uusien avohoidon palveluiden mallien luomiseen väestövastuun merkeissä sekä yhteistyömuotojen rakentamiseen sosiaalitoimen kanssa. 1990-luvulla toteutettiin tuon vuosikymmenen palvelurakennemuutos, jossa vähennettiin psykiatrian, vanhusten laitoshoidon sekä kehitysvammahuollon perinteisiä sairaala- ja laitoshoitopaikkoja ja korvattiin näitä palveluasumisella ja avohoidon palveluilla. Avohoidossa suuri ja haastava kehittämiskysymys on ollut kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhteistyön ja kotihoidoksi yhdistämisen läpi vieminen.

Perusterveydenhuollon kehittämistä on hankaloittanut järjestelmällisen palveluiden suunnittelussa tarvittavien tilastotietojen niukkuus. Terveyskeskussairaalatoiminnan tiedot kirjautuvat sairaalahoidon HILMO -rekisteriin, mutta avohoidon palveluista kootaan parhaillaankin vain varsin karkeita käyntimäärätilastoja. Suunnittelun ja johtamisen käyttöön tarvittavaa suorite- ja kustannustietoa on ollut saatavilla vertailukelpoisessa muodossa vain Kuntaliiton toteuttamassa suurten ja keskisuurten kaupunkien laajennetun terveydenhuollon vuosittaisissa vertailuissa (ks. esim. Lahtinen ja Mikkola 2008). Yksittäiset terveyskeskukset ovat koonneet oman toimintansa vastaanottokäyntejä koskevaa tietoa tai olleet mukana toiminnan laatua arvioivissa verkostoissa (ks. esim. www.conmedic.fi). Koko terveydenhuoltoon kohdistuu kasvavia vaatimuksia työn tuloksellisuuden ja tuottavuuden jatkuvasta parantamisesta. Tähän ollaan osaltaan vastaamassa kehittämällä terveyskeskustoiminnan avohoidon tilastojärjestelmää, johon viitataan usein myös "avohoidon HILMO:n" nimellä. Uuden järjestelmän odotetaan olevan koekäytössä jo vuonna 2009 pilottiterveyskeskuksissa.

Kansallisen terveydenhuoltoprojektin kehittämislinjaukset

Perusterveydenhuollon kehityssuuntia linjattiin kansallisen terveydenhuoltoprojektin toimintalinjauksissa (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2002). Tärkeimmiksi perusterveydenhuoltoa koskeviksi kehittämisuunniksi nostettiin perusterveydenhuollon toiminnan organisointi aikaisempaa suurempien väestöpohjien varaan sekä hoitoon pääsyn turvaaminen myöhemmin kansanterveyslakiin tehdyn ns. hoitotakuun periaatteet sisältävän lisäyksen avulla. Kansallisen terveydenhuoltoprojektin tuloksena käyn-

nistettiin alueellisten diagnostisten palveluiden yhdistämiseen tähtääviä kehittämishankkeita, joihin terveyskeskusten odotettiin lähtevän mukaan. 2000-luvulla oli käynnissä myös joukko alueellisia tietojenkäsittelyn verkostoitumishankkeita.

Valtiovalta teki 2000-luvulle tultaessa linjapäätöksen sosiaali- ja terveydenhuollon investointihankkeiden jatkamisesta. Aikaisemmin oli rahoitettu varsin runsaasti toimitilojen rakentamis- ja laitehankintainvestointeja. Nyt haluttiin siirtyä kiinteistöihin ja laitteisiin investoinneista panostamaan osaamis- ja toiminnallisiin innovaatioihin. Uuden linjauksen periaatteet esiteltiin STM:n työryhmämuistiossa vuonna 2001:40. Tälle ajattelulle rakentui uusimuotoinen hankerahoitus, jonka ensimmäinen uuden suuntaamisen mukainen vaihe toteutui vuosina 2003-2007. Seuraavaan taulukkoon on koottu yhteenvetotietoja sosiaali- ja terveysministeriön sekä lääninhallitusten rahoitusta saaneista sosiaali- ja terveyspalveluita koskevista hankkeista.

Taulukko 5. Tiivistelmä valtion rahoitusta joko sosiaali- ja terveysministeriön tai lääninhallitusten kautta saaneista sosiaali- ja terveyspalveluita koskeneista hankkeista vuosina 2003-2007

		Hankkeiden lkm	Euroa yht	Pääryhmät yht eur
Sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset				66 873 748
	Yhteiset rakenteet	31	8 230 920	
	Yhteiset palvelut	36	5 492 262	
	Mielenterveys ja päihteet	82	13 916 178	
	Alkoholiohjelman hankkeet	40	5 826 141	
	Perhekeskukset	30	7 782 706	
	Muut perhepalvelut	45	6 690 531	
	Vanhustenhuolto	116	17 435 958	
	Vähemmistöjen palvelut	14	1 499 052	
Terveyspalvelut				79 637 377
	Perusterveydenhuollon seudull yht työ	37	4 587 139	
	Erikoissairaanhoidon seudull yhteistyö	21	3 854 310	
	Perusterveydenhuollon kehittäminen	36	6 694 368	
	Terveydenhuollon johtaminen	19	1 846 892	
	Työnjaon ja osaamisen kehittäminen	35	4 470 795	
	Suun terveydenhuollon hankkeet	21	3 334 749	
	Apuvälinehuolto	8	1 104 113	
	Työterveyshuollon hankkeet	15	1 785 197	
	Päivystys ja ensihoito	19	2 570 628	
	Hoitoketjut erikoisaloille	38	4 538 824	
	Terveyden edistäminen	39	9 779 749	
	Laboratorio- ja kuvantamispalvelut	25	3 993 863	
	Terveydenhuollon tietotekniikkahankkeet	24	15 125 200	
	Alueelliset tietojärjestelmät	28	11 312 100	
	(Tietotekniset) palvelusovellukset	23	4 639 450	
Sosiaalipalvelut				51 673 715
	Seudullinen yhteistyö	53	7 697 381	
	Kehittämisyksiköt	43	10 929 788	
	Sosiaalialan tietotekniikka	26	4 303 925	
	Henkilöstön osaaminen	19	4 094 400	
	Palveluohjaus	25	3 642 390	
	Lastensuojelu	36	5 148 097	
	Varhainen puuttuminen	25	3 373 635	
	Sosiaalipäivystys	15	2 625 280	
	Muu sosiaalialan kehittäminen	33	4 427 045	
	Vammaispalvelut	44	5 431 774	

Suoraan kunnalliseen perusterveydenhuoltoon kohdistuvia hankkeita listalla on noin 130, jos alueelliset kliinisten tukipalveluiden hankkeet ja tietotekniikkahankkeet jätetään ulkopuolelle. Rahoitusta näihin hankkeisiin on saatu noin 19 miljoonaa euroa. Lisäksi terveyden edistämisen hankkeisiin, joissa perusterveydenhuolto on usein tavalla tai toisella mukana, on myönnetty lähes 10 miljoonaa ja tietotekniikkahankkeisiin ja tietoteknisiin palvelusovelluksiin yli 30 miljoonaa. 19 miljoonaa euroa edustaa koko jaossa olleesta noin 198 miljoonan euron summasta vajaan 10 prosentin osuutta.

Taulukossa kuvatus kauden hankkeita on arvosteltu käydyssä keskustelussa hankkeiden muodostaman kokonaisuuden "pirstaleisuudesta" sekä hankkeiden runsaasta määrästä. Hankkeista on ollut mukana perusterveydenhuollon alalta seudullisen yhteistyön ja alueellisten palvelukokonaisuuksien muodostamiseen tähtääviä hankkeita, jotka ovat tähdänneet kansallisen terveysprojektin tavoitteena olleeseen palveluiden rakenteiden yhdistelyyn (esimerkiksi maakunnalliset laboratoriopalvelut) sekä viime vai-

heessa myös kunta- ja palvelurakenneuudistuksen puitelaissa edellytettävien yhteistoiminta-alueiden muodostamiseen.

STM:n asettaman arviointityöryhmän mukaan 2002-2007 toteutettu kansallinen terveyshanke ei onnistunut kaikissa tavoitteissaan eikä niitä koskevilla toimenpiteillä. Erityisesti parannukset perusterveydenhuollossa ja ennaltaehkäisyssä jäivät vähäisiksi.

Arviointiryhmän mukaan edellytykset toimivan perusterveydenhuollon aikaansaamiseksi ovat jopa huonontuneet kansallisen hankkeen aikana. Erityisen huolestuttavana pidettiin sitä, että pääsy terveyskeskuslääkäreille oli entisestään vaikeutunut ja terveyskeskusten vetovoima on heikentynyt. Samanaikaisesti perusterveydenhuollon keskeiset haasteet kuten vanhuspalvelujen turvaaminen ja päihde-, elintapa- ja syrjäytymisongelmien ehkäisy olivat merkittävästi lisääntyneet.

Arviointiryhmän mukaan kansallinen terveyshanke ei myöskään lisännyt merkittävästi yhteistyötä erityisvastuualueiden sairaanhoitopiirien välisessä konkreettisissa järjestelyissä. Myös valtakunnallinen tulospalkkausjärjestelmä sekä johtamiskoulutuksen toteutuminen jäivät toteutumatta.

Hanke onnistui kuitenkin hoitotakuun ohella parhaiten lisäämään hankintayhteistyötä, valtion rahoitusta ja esimerkiksi lääkäreiden koulutuspaikkoja. Lisäksi keskitetyt päivystysratkaisut sekä lääkehoidon kehittämiskeskus Rohto ovat olleet hankkeen aikaansaannoksia. Edistystä on tapahtunut myös lääkehuollon, laboratorio- ja kuvantamistoiminnan sekä apuvälinehuollon keskittämiskäytännöissä (Tuomola ym. 2008).

Hanketoiminnasta käydyssä keskustelussa on esitetty, että hankkeissa pitäisi suuntautua joko kokeilu-toiminnan tai innovaatioiden edistämisen kautta toteutuvaan kehittämiseen. Vuoden 1993 jälkeisenä aikana, kun suunnittelu- ym. vastuut hajautettiin periaatteessa maan kuntiin, valtiovalta ja valtion asiantuntijalaitokset ovat kehittäneet ns. informaatio-ohjausta. Informaatio voi olla esimerkiksi hyvien käytäntöjen raportointia ja välittämistä tai vaikkapa vertailevalla ja sopivasti jalostetulla tilastotiedolla ohjausta. Palveluiden laadun parantamiseen tähtäävää toimintaa voitaneen laajassa merkityksessä pitää kehittämistoimintana.

Kunta- ja palvelurakenneuudistus toimintarakenteiden kehittämisen edistäjänä

Kunta- ja palvelurakenneuudistus (PARAS) voidaan tulkita seuraukseksi kahden tavallaan erillisen prosessin yhdistymisestä. Nämä prosessit ovat olleet

- 1) Kansallisen terveydenhuoltoprojektin se kehittämislinja, jolla perusterveydenhuoltoa on pyritty siirtämään aikaisempaa suuremmilla väestöpohjilla järjestetyksi.
- 2) Suuntautuminen maan kuntarakenteen uudistamiseen; kuntien lukumäärää on pidetty yleisesti liian suurena ja hienorakenteisuutensa vuoksi tehottomuuteen johtavana. Kannustusta kuntarakenteen uudistamiseen on saatu myös muiden Pohjoismaiden ryhdyttyä samansuuntaisiin uudistustoimiin.

On myös esitetty näkemyksiä, joiden mukaan kunta- ja palvelurakenneuudistuksen käyttämään lainsäädännöllä ohjaamiseen jouduttiin turvautumaan, koska kansallinen terveydenhuoltoprojekti ei onnistunut saamaan aikaiseksi perinpohjaista uudistusta perusterveydenhuollon järjestämisen rakenteissa.

Uudistuksen puitelaki syntyi tunnetusti työlääksi osoittautuneen prosessin tuloksena poliittisena kompromissina. Kompromissin lukkoon lyömisen jälkeen itse syntyneeseen ratkaisuun ei katsottu voitavan puuttua, vaikka tarvetta olisi koettu olevankin. Puitelain keskeisin ja kuntien toimintarakenteita eniten

muuttava vaatimus on ollut ilman muuta lain säädös, jonka mukaan perusterveydenhuolto ja siihen läheisesti liittyvät sosiaalipalvelut pitää järjestää vähintään 20000 asukkaan väestöpohjilla lukuun ottamatta niitä kuntia, jotka voivat poiketa tästä vaatimuksesta maantieteellisten tai kielellisten erityisperusteiden mukaan. Lain käsitettä ”perusterveydenhuoltoon läheisesti liittyvät sosiaalipalvelut” arvoiteltiin epätarkaksi ja vaadittiin, että nämä palvelut pitäisi tarkoin määritellä laissa tai asetuksessa. Pian lain säätämisen jälkeen huomattiin, että sosiaalipalveluiden liittäminen perusterveydenhuoltoon joiltakin osiltaan voikin johtaa kunnallisten sosiaalipalveluiden kokonaisuuden pilkkoutumiseen. Tämän vuoksi sosiaali- ja terveysministeriö ja Kuntaliitto tähdensivät yhteisellä kirjelmällään 8.3.2007 sosiaalipalveluiden eheyden ja sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön ja integraation merkitystä. Lainsäädännön yllättäväksi tulkintaongelmaksi muodostui vuoden 2006 lopulla esille noussut tulkinta, jonka mukaan puitelaki ja sen säädökset väestöpohjasta koskevat palveluiden järjestämisestä ja että palveluiden tuotanto voidaan periaatteessa organisoida järjestämisvastuussa olevan tahon harkinnan mukaan erilaisista pienistäkin osista koostuen. Tähän huomautettiin, että poliittisen kompromissin rakentajat ja varmaan koko kunnallisten palveluiden kenttä ajatteli puitelain syntyessä, että lailla tarkoitettiin nimennomaan palveluiden tuottamista entistä suurempina kokonaisuuksina entistä suuremmille väestöpohjille.

PARAS -uudistus on ollut kuntien ja perusterveydenhuollon kentälle monisärmäinen uudistus, joka on herättänyt ristiriitaisia suhtautumisia. Uudistuksen yleinen suunta ja pyrkimykset vahvistaa järjestämisen pohjaa ja voimavaroja hyväksytään ja myönnetään ainakin tulevaisuuden vuosikymmenien kehityksen vuoksi tarpeelliseksi. Silti uudistuksen vaatimuksia ja myös siihen sisältyviä lupauksia rationalisointihyödyistä ja –muutoksilla saatavissa olevista säästöistä on vähätelty. Yksittäiset, omasta mielestään hyvin toimivat alle 20000 asukkaan väestöpohjalla toimivat, terveyskeskukset ovat monessa tapauksessa protestoineet yhteistyöhön pakottamista vastaan. Siitä, miten palveluiden järjestämisen ja tuottamisen käsitteellinen eriytyminen voisivat vaikuttaa rakenteiden kehittymiseen, on esitetty vain aavisteluja ja visioita.

Tätä taustaa vasten ei liene yllätys, että uudistuva perusterveydenhuollon järjestämisen rakenne ei ole vielä käynnistänyt kovin vilkasta kehittämistyötä, vaikka organisaatorakenteiden muuttuminen yleensä kannustaakin uusien ratkaisujen etsimiseen. Maahan syntyy kertyneen tiedon ja maaliskuussa 2009 tehdyn kuntakyselyn mukaan noin 70 uutta kuntien yhteistoiminta-aluetta. Yli puolet yhteistoiminta-alueista järjestää hallintonsa ns. isäntäkuntamalliin perustuen. Uusien organisaatioiden muodostaminen on hyvässä vauhdissa, mutta päähuomio on jouduttu kiinnittämään hallinnollisten ja taloudellisten rakenteiden muodostamiseen. Palveluiden kehittämisessä tärkeimpiä kehityksiä ovat varmaankin olleet suurentuneiden väestöpohjien palveluiksi luonteeltaan soveltuvien erityisten palveluiden tunnistaminen ja muotoilu yhteistyöverkkoon sopiviksi. Tällaisia ovat olleet esimerkiksi seudulliset mielen-terveyspalvelut, päihdepalvelut, vanhustenhuollon eräät erityispalvelut, lyhytaikaisen sairaalahoidon järjestelyt sekä päivystystoiminnan järjestelyt. Samaan aikaan peruskunnat ovat halunneet varjella hyvin tarkoin omassa kunnassa tarjolla aikaisemmin olleiden palveluiden pysymistä edelleenkin omassa kunnassa.

Kehittämistoiminnan rakenteiden luominen

Kesäkuussa 2006 sosiaali- ja terveysministeriö järjesti Tuusulassa työseminaarin, jossa lähinnä terveyskeskusten johtoon kuuluvat osanottajat analysoivat terveyskeskusten ongelmia ja mahdollisia ratkaisuja. Seminaariin sisältyi tiivis ryhmätyöskentely eri ongelma- ja tehtäväalueilla. Tuloksena syntyi yhteensä 16 toimenpide-ehdotusta. Myöhemmin seminaarin pohjalta julkaistussa raportissa Terveyskeskus 2015- terveyskeskustyön tulevaisuus (Myllymäki 2006) toimenpide-ehdotukset tiivistettiin seuraaviin kuuteen kokonaisuuteen:

- 1) Terveyskeskuksen perustehtävän määrittely
- 2) Vahvistetaan potilaslähtöisyyttä
- 3) Osaamisen ja laadun kehittäminen
- 4) Terveyskeskuksista kansallinen verkosto
- 5) Informaatioteknologiasta tukea tutkimukseen ja kehittämiseen
- 6) Organisaation ja toiminnan kehittäminen

Suosituksissa ehdotettiin aikaisemminkin jo esillä ollutta valtakunnallisen perusterveydenhuollon kehittämiskeskuksen perustamista. Suositukseen sisältyi myös ehkä ensimmäistä kertaa näkyvästi ehdotus valtakunnallisen terveystieteiden verkoston luomisesta terveystieteiden toiminnan kehittämistä varten. Aikaisemmin Mattila ja Mäkelä (2005) olivat esittäneet perusterveydenhuollossa tehtävää tutkimustyötä koskeneessa raportissaan kehittämiskeskuksen muodostamista. Tällä keskuksella olisi ollut ehdotuksen mukaan valtakunnallinen rooli kehittämistyön lisäksi myös tutkimustyön koordinoimisessa ja jopa rahoituksessa.

Tuusulan seminaarin raportin suosituksissa hahmoteltiin kehittämisverkostoa kuvailemalla tätä osaksi perusterveydenhuollon kehittämisen vastuuttamista. Verkosto voisi olla jatko kansallisen terveyshankkeen aluetukihenkilöverkolle. Verkostolla olisi alueellinen ja porrastettu rakenne.

Samansuuntainen ehdotus yksikön ja verkoston muodostamisesta tuli KASTE-ohjelmaan (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008). Nyt ohjelmassa todetaan selvästi, että yksikkö perustetaan tulossopimuksen mukaisesti Stakesiin. Verkoston luonnetta tai rakennetta KASTE-ohjelma ei määrittele yksityiskohtaisesti. Käydyissä keskusteluissa STM:n perusterveydenhuollon vastuuvirkamiehen kanssa on todettu, että sekä yksikköä että verkostoa pitäisi tarkastella ja kehittää yhtäaikaaisesti ja että yksikön yksi tehtävä olisi koordinoita verkoston kautta tapahtuvaa työtä.

KASTE -hankerahoituksen taustalle muodostuvat kehittämisverkostot

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, KASTE, on sosiaali- ja terveysministeriön lakisääteinen strateginen ohjausväline, jolla johdetaan valtakunnallista sosiaali- ja terveyspolitiikkaa. Ohjelman pää tavoitteet perustuvat hallinnonalan keskeisiin pitkän aikavälin strategisiin tavoitteisiin: 1) osallisuus lisääntyy ja syrjäytyminen vähenee 2) hyvinvointi ja terveys lisääntyvät, ja terveys- ja hyvinvointierot kaventuvat 3) palvelujen laatu, vaikuttavuus ja saatavuus paranevat, alueelliset erot kapenevat. Ohjelmakauden tärkeimpiä toimenpiteitä/keinoja ovat varhainen puuttuminen ja ennalta ehkäiseminen, henkilöstön riittävyyden ja osaamisen turvaaminen sekä luodaan sosiaali- ja terveydenhuollon eheät palvelukokonaisuudet ja vaikuttavat toimintamallit.

KASTE -kehittämisohjelman yksi keskeinen toimintatapa on toiminnan ohjaaminen hankerahoituksen avulla. Periaatteena on, että hankkeet valmistellaan kentällä kuitenkin siten, että teema- ja painopistealueet on etukäteen määritelty. Yksi painopistealue vuonna 2008 käynnistyneellä ohjelmakaudella on perusterveydenhuolto. Tavoitteena on, että perusterveydenhuollosta tulee vuoteen 2015 mennessä vetovoimainen koko väestön peruspalvelu, jota tukee hyvin organisoitu kehittämistyö. Muita ohjelmakauden teema-alueita ovat lasten, nuorten ja perheiden palvelut, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet, sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö, palvelurakenteet ja prosessit sekä osallisuuden lisääminen ja syrjäytymisen ehkäisy.

Kehittämishankkeiden tulee olla kunnan tai kuntayhtymän tai useamman kunnan tai kuntayhtymän yhteisiä, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi tarpeellisia, toiminnan kehittämistä ja tehostamista sekä toimintatapojen uudistamista tukevia, alueellisesti tai valtakunnallisesti merkittäviä hankkeita. Valtionavustuksen myöntämisen yleisten edellytysten mukaisesti hankkeilla tulee olla kiinteä yhteys kunnalliseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja käytännön toimintaan, lisäksi hankkeiden tulee olla vaikuttavia ja laaja-alaisesti hyödynnettäviä. Yleisenä periaatteena oli, että hankkeiden pitää olla mittasuhteiltaan riittävän suuria, jotta niillä tulisi olemaan merkittäviä vaikutuksia. Valmistelu tapahtui laajoissa alueellisia kokonaisuuksia yhdistelleissä toimikunnissa. Tällä haluttiin saada aikaan alueiden välistä yhteistyötä ja varmistaa, että hankkeilla on riittävän laaja mielenkiinto- ja sovelluspohja.

Vuonna 2008 valtion myöntämää määrärahaa oli jaossa yhteensä 24,8, miljoonaa euroa. Valtionavustusta haettiin 16 hankkeeseen, yhteensä 21,4 miljoonaa euroa, avustusta myönnettiin kuudelle hankkeelle yhteensä 12,9 miljoonaa euroa. Valtion määrärahasta 11,9 miljoonaa euroa siirtyi jaettavaksi seuraavassa haussa.

Syksyllä 2008 valtion avustusta myönnettiin kuudelle hankkeelle. Näistä kolme suuntautui lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja palveluiden kysymyksiin. Yksi suuntautui vanhusten asumisen ja palveluiden kehittämiseen. Yhdessä kehitetään integroituja palveluita Kaakkois-Suomessa ja yksi on luonteeltaan uusia toimintamalleja kehittävä kansansairauksien ennaltaehkäisyn hanke Itä-Suomessa.

Vuoden 2008 lopussa päättyneen hakukierroksen perusteella jaettiin helmikuussa 2009 lähes 35 miljoonaa euroa useille hankkeille. Pääpaino oli lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluiden kehittämishankkeilla. Tämän avustusten jakokierroksen jälkeen kaikilla viidellä KASTE-alueella on käynnissä laaja kyseisen alueen kehittämishanke. Perusterveydenhuollon toimintaan ja rakenteisiin hankkeista kohdistuu varmaankin Pohjois-Suomen alueellinen hanke, jossa luodaan sosiaali- ja terveystoimen peruspalveluille yhteinen kehittämistoiminnan rakenne.

Ensimmäinen hankekierros merkitsi uuden kehittämistoimintamuodon liikkeelle lähtöä. Jo nyt on osoittautumassa, että maahan on syntymässä jatkohakemusten suunnittelun ja varmaan myös toteutuksen ympärille uusia kehittämistoiminnan yhteistyörakenteita. Perusterveydenhuollon kannalta tähän asti tukea saaneet hankkeet kohdistuvat kyllä perusterveydenhuollon työn tärkeisiin sisältökysymyksiin, mutta eivät kata kovin laajasti perusterveydenhuollon toiminnan ja rakenteiden kehittämisen ajankohtaisimpia ongelmakysymyksiä.

3 Kansainvälisiä kokemuksia ja esimerkkejä perusterveydenhuollon kehittämisestä

Monissa perusterveydenhuoltoa terveystalvurjärjestelmässään tärkeällä sijalla pitävissä maissa on toiminnassa perusterveydenhuollon kehittämistä varten perustettuja valtion tai muutoin julkisen vallan valtuuttamia organisaatioita. Tähän on koottu suppea yleissilmäys Ruotsin, Tanskan, Alankomaiden ja Ison-Britannian perusterveydenhuollon kehittämismrakenteisiin, joissa tutkimus ja kehittäminen ovat usein tiiviisti toisiinsa liitettyinä.

Ruotsi

Fammi – familjemedicinsk institut

Suomen perusterveydenhuollon kehittämismrakenteita suunniteltaessa on viitattu useassa yhteydessä vertailuesimerkkinä ja myös varoittavan esimerkkinä Ruotsin kokemukseen valtakunnallisesti keskitetyn kehittämismorganisaation kohtalosta. Ruotsiin perustettiin vuonna 2002 valtiovallan ja sairaanhoi-dosta vastaavien maakuntahallinnon yksiköiden (landstinget) yhteiseen omistukseen ja ohjaukseen valtakunnallinen kehittämismorganisaatio nimeltään Fammi (familjemedicinsk institut). Fammi oli organisaatiomuodoltaan perustajatahojen ylläpitämä yhdistys. Sille annettiin perustehtäväksi kehittää ennen kaikkea vastaanottotoiminnan työryhmien työtä ja kouluttaa työn tekijöitä. Perustehtävän sanottiin olevan myös tiedon luomista (kuns-kapsutveckling) ja levittämistä perusterveydenhuollon kentässä. Toimikausi suunniteltiin alun perin kolmen vuoden mittaiseksi, koska kyseessä oli tavallaan kokeilu.

Fammin historia jäi kuitenkin kolmen vuoden mittaiseksi, vaikka aloitteita toiminnan jatkamisesta tehtiin. Fammi toimi koko historiansa ajan Ruotsille ominaisessa ristivedossa maakuntahallinnon ja valtiovallan välillä. Nykyistä hallitusta edeltävä hallitus ei pitänyt poliittisesti hyvänä ratkaisuna käynnistää valtiovallan toimesta uusia organisaatioita terveydenhuollon kenttään, jossa maakuntahallinto on tärkein vallan käyttäjä. Hallituksen vaihtuessa nykyiseen hallitukseen syntyi ehkä vastoin odotuksia kuitenkin päätös, että Fammin toimintaa ei jatketa.

Toimintansa aikana Fammi kartoitti perusterveydenhuollon ongelmia ja kehittämishaasteita. Ote oli koko ajan koko vastaanottotyön moniammatilliseen työryhmätyöhön suuntautunutta. Tiimityötä kehitettiin tiedontuotannon, koulutuksen ja seminaarien tai työkokousten avulla. Erityisen tunnetuksi tulivat koulutuspäivät, jotka tunnettiin nimellä Fammidagar. Fammin tehtäviin kuuluivat myös yhteyksien luominen eri intressitahojen välillä, laatutyöskentelyn tukeminen, perusterveydenhuollon henkilöstön rekrytointiponnistelujen tukeminen sekä myös tiedon välittäminen ns. suurelle yleisölle perusterveydenhuollon palveluista ja palvelumahdollisuuksista.

Fammin toiminnan arviointiraportissa vuodelta 2004 todetaan, että Fammi oli saanut käynnistetyksi sellaisia aktiviteetteja, joita ei ollut aikaisemmin, ja että Fammi oli täyttänyt sille asetetut tehtävät ja kehittänyt uusia hankkeita. Näin toimiessaan Fammi oli onnistuneesti nostanut perusterveydenhuollon näkyvyyttä ja alleviivannut sen merkitystä. Työn kohdistumista on arvosteltu myös siitä, että painopisteenä oli yksinomaan maakuntahallinnon alainen lääkäreiden vastaanottotoiminta. Tämän rinnalle jäävät vaille riittävää huomiota kuntien vastuulla oleva muu perusterveydenhuolto, johon kuuluvat vanhustenhuollon kotisairaanhoido sekä esimerkiksi pitkäaikaisesti psyykkisesti sairaiden hoito (Statskontoret 2004).

Vuonna 2003 Famille osoitettiin ehkä yllättäen tuntuva määräraha kansanterveystyön yleishankkeisiin. Tämä määräraha vähennettiin maakuntahallinnolta ja järjestöiltä, jotka olivat perinteisesti saaneet rahoitusta samoihin tarkoituksiin. Lisäksi tehtiin ehdotuksia siitä, että Famille suunnattaisiin uusia voimavaroja klinisen tutkimustyön tarkoituksiin. Tällaiset aluevaltaukset herättivät paljon pahaa verta ja kateutta Fammin ympärillä.

Fammin keskustoimistossa oli enimmillään 20 työntekijää, joista seitsemän oli perusterveydenhuollon yleislääkäreitä. Keskustoimiston lisäksi maakunnallisia yksiköitä oli 14 paikkakunnalla. Näissä oli enimmillään vajaat 10 työntekijää kokopäivätoimiksi laskettuna. Fammi toteutti yhteensä noin 20 erilaista projektia.

Maakuntahallinnon alaiset kehittämissyksiköt

Jokaisessa maakuntahallinnon yksikössä näyttäisi internet-sivujen selaamisen valossa olevan oma tutkimus- ja kehittämissyksikkönsä. Maakuntahallinto (landstinget-järjestelmä) on keskittynyt Ruotsissa perinteisesti terveyden ja sairaanhoidon järjestämiseen ja palveluiden tuottamiseen. Sen lisäksi hallinnolla on ollut yhteiskuntakehittämisen verkostotehtäviä ja mm. joukkoliikenteen kehittämiseen liittyviä tehtäviä. Viime vuosina maakuntahallinnon piirissä on pyritty yhdistämään terveydenhuollon asiantuntemusta yritysmaailmaan ja luomaan edellytyksiä terveydenhuoltoon, vammaispalveluihin tms. liittyvälle yritystoiminnalle.

Tutkimus- ja kehittämissyksiköiden perustehtävä ilmaistaan seuraavalla määritelmällä: Tutkimus- ja kehittämissyksiköiden päätehtävänä on antaa konkreettista neuvontaa ja ohjausta projektityöskentelyssä, kannustaa paikallisia tahoja tutkimuksen ja kehittämistoiminnan alueella silloin, kun kehittämistyössä tieteellisillä menetelmillä on keskeinen rooli.

Jokainen tutkimus- ja kehittämissyksikkö ilmoittaa, mille sektoreille sen toiminta suuntautuu. Kokoomasivuilta käy ilmi, että 30 yksikköä ilmoittaa suuntautuvansa perusterveydenhuoltoon, 25 erikoissairaanhoidon ja 18 suun terveydenhuoltoon. Eri yksiköitä on yhteensä 36. Näistä suurin osa suuntaa toimintansa sekä erikoissairaanhoidon että perusterveydenhuoltoon.

Perusterveydenhuollon yksiköiden toimintaprofiilit ja -aktiviteetit vaihtelevat ilmeisesti varsin voimakkaasti. Osalla yksiköistä on laajat omat kotisivut, joilla esitellään yksityiskohtaisesti hankkeita, julkaisuja ja erilaisia toiminta- ja palvelumuotoja. Toisilla taas ei ole kotisivuja. Näillä koko yksikön kokoluokka on ilmeisesti suurimpia ja aktiivisempia vaatimattomampi päätellen jo esimerkiksi henkilöstön määristä.

Jönköpingissä toimiva yksikkö esiteltiin esimerkkinä aktiivisimmista yksiköistä. Yksiköllä onkin käynnissä runsaat 30 erilaista tutkimus- tai kehittämishanketta. Tutkimustyö suuntautuu varsin laajaan valikoimaan klinisiä kysymyksiä. Kehittämishankkeissa hallitsevia ovat laatutyöskentelyyn, hoitosuosituksiin ja ammattitaidon yleiseen kehittämiseen suuntautuvat hankkeet. Yksikkö raportoi olleensa vuosina 2002-2007 mukana 66 tieteellisen julkaisun julkaisemisessa. Yksiköstä on valmistunut samana aikana 11 väitöskirjaa.

Vastaavanlaisia esimerkkejä löytyy muistakin kooltaan suurimmista maakuntahallinnon yksiköistä. Yksiköiden toiminta on osa maakuntahallinnon tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Rahoitus perustuu maakuntahallinnon yleiseen verotuspohjaiseen budjettirahoitukseen.

Karkea arvio osoittaa, että näissä yksiköissä on Fammi-yksikön toiminnan loppumisen jälkeenkin varsin mittava panos tutkimus- ja kehittämistoimintaan, arviolta noin 100-200 henkilötyövuotta. Internet-

sivuilta ei pysty arvioimaan, mikä osuus kohdistuu tutkimustoimintaan ja mikä kehittämiseen. Tutkimusta ja kehittämistoimintaa viedään eteenpäin tiiviissä yhteistyössä.

Tanska

Tanskassa yliopistollisilla yleislääketieteen laitoksilla on omat tutkimusyksiköt, jotka osallistuvat myös kehittämistoimintaan. Maahan on perustettu vuoden 2005 paikkeilla

Laatutyön ja –koulutuksen yksikkö DAK-E

DAK-E –niminen laatutyöhön keskittyvä asiantuntijaorganisaatio, joka tuottaa myös täydennyskoulutuspalveluja. Taustalla ovat viisi aluehallinnon yksikköä ja yleislääketieteen ammatilliset organisaatiot.

Vuonna 2009 kalenterissa oli jo 9 projektia. Vuoden 2008 listalla projekteja oli 40; vuonna 2007 oli 32, vuonna 2006 oli vasta 4 ja vuonna 2005, jolloin toiminta ilmeisesti alkoi oli vain 1. Projektien kohdealueet vaihtelevat kliinisistä aiheista (COPD, diabetes, somatisaatio, jne.), palveluiden tuotannon ja johtamisen sekä organisaatioiden kehittämisen haasteisiin. Hankkeet ovat muodoiltaan myös vaihtelevia, mukana on jatkokoulutuskursseja, aineiston tuottamishankkeita, jopa opintomatkan järjestäminen Yhdysvaltojen terveydenhuoltoon tutustumiseksi jne. Jatkokoulutuksen piirissä olevat ovat sekä lääkäreitä, että ”praktiikkakonsulentteja” (praksiskonsulent).

Dansk sundhedsinstitut

on asiantuntijaorganisaatio, joka tarjoaa tutkimus-, selvitys ja konsultointipalveluja terveydenhuollon eri tasoille tarjoava asiantuntijaorganisaatio. Sen palveluksessa on kotisivujen listausten mukaan noin 50 työntekijää, joista noin 40 on tutkijoita tai asiantuntijoita. Instituutin ovat perustaneet yhdessä valtio, aluehallinto valtakunnallinen kuntien keskusjärjestö KL.

Yksikkö saa rahoituksestaan 40 % säätiöltä nimeltään ”Det kommunale momsfond”. Säätiön taustalla ovat instituutin perustajatahot. Nimi viittaa siihen, että rahoitus on verotuspohjaista. Loput 60 % hankitaan hankerahoituksesta ja asiantuntijapalveluiden myynnistä.

Tämä yksikkö on tanskalainen terveydenhuollon teknologian arviointiyksikkö, joka verkottuu vastaavien kansainvälisten yksiköiden kanssa. Toiminta kohdistuu terveydenhuollon koko kenttään, missä perusterveydenhuolto on mukana.

Audit projekt Odense

Tämä projektioorganisaatio toteuttaa perusterveydenhuollon eri organisaatioista, myös yleislääkäritoiminnan rinnalla toimivasta kunnallisista peruspalveluista tietojen keruuta audit-periaatteilla. Perusajatuksena on koota systemaattisten poimintamenettelyjen avulla käytännön kliinistä tietoa yleislääkäreiden sekä muiden perusterveydenhuollon ammattilaisten toiminnasta. Esimerkkejä projekteista ovat mm. verenpainepotilaiden hoidon, hengitystieinfektioiden, lasten korvatulehdusten erityishoitojen sekä lähettämiskäytäntöjen seurannat. Kerätyt tiedot jalostetaan vertailukelpoisiksi. Tämän jälkeen tietoja hyödynnetään antamalla osallistujille palautetta sekä seminaarien että kirjallisten palautteiden muodossa.

Alankomaat

NIVEL

Netherlands Institute for Health Service Research, joka tunnetaan laajalti lyhennimenimellään NIVEL, oli aikaisemmin perusterveydenhuollolle erityisesti omistautunut, mutta on laajentanut toimintaansa kattamaan koko terveydenhuollon. Alun perin laitos oli hollantilaisen yleislääkäriseuran perustama tutkimuslaitos.

Huomion kohteena ovat terveydenhuollon ja terveystalveluiden käytön perustekijät: palveluiden tarve ja sitä määräävät tekijät, palveluiden tarjonta ja tuottaminen sekä terveystalvelupolitiikka. NIVEL on ollut aikaisemmin perinteisesti hollantilaisen perusterveydenhuollon eri toimintaulottuvuuksien tutkimuksen ja asiantuntemuksen yksikkö. Viime vuosina NIVEL on laajentanut voimakkaasti toimintaansa kansainvälisiin asiantuntijatehtäviin.

Alkuvuosiltaan lähtien NIVEL on harjoittanut rekisteri- ja ns sentinel-praktiikoiden avulla tehtävää tutkimusta. Kyse on järjestelmällisestä tiedonkeruusta, jota toteuttaa tehtävään valittu otos maan praktiikoita. Kerättävät tiedot vaihtelevat tautien esiintyvyyttä koskevista tiedoista hoidon prosessien tilastotietoihin. NIVEL ylläpitää yleislääkäreiden ja heidän praktiikoidensa perusrekisteriä. Sillä on käytössään jatkuvassa seurannassa käytettävä paneeli potilaiden tyytyväisyyden ja kokemusten kartoittamiseksi sekä kroonisia sairauksia sairastavien hoidon ja hoitotyytyväisyyden kartoittamiseksi.

NIVEL esittelee omat palvelunsa neljän otsakkeen alle ryhmiteltyinä

- 1) evaluaatiotutkimukset erilaisista toteutuneista tai suunnitteilla olevista ratkaisuista
- 2) skenaariotutkimukset, joilla ennakoidea tulevaisuuden kehityksiä
- 3) kansainväliset terveystalveluiden vertailututkimukset
- 4) vastauksia esitettyihin kysymyksiin -palvelu

NIVEL on terveydenhuollon tutkimuslaitosten joukossa yksi tärkeimpiä ja tunnetuimpia kansainvälisiä toimijoita. Sen palveluksessa on noin 200 työntekijää, joista noin puolet on tutkijoita. Vuosibudjetti liikkuu 14-15 miljoonan euron tasolla. Tulorahoituksesta yksi kolmannes saadaan maan terveydenhuollosta vastaavalta ministeriöltä. Loput hankitaan tutkimus- tai palvelurahoituksena sopimus pohjalta.

Alankomaissa toimi vielä 1990-luvulla erillinen perusterveydenhuollon ja perustalveluiden kehittämisorganisaatio, joka oli irrottautunut aikanaan NIVEL:stä, nimeltään Foundation O & O. Vuonna 1991, jolloin raportin kirjoittajista Simo Kokko tutustui hollantilaiseen perusterveydenhuoltoon Euroopan neuvoston stipendin tuella, kyseinen säätiö esitteli toimintansa kohdistuvan yleislääkäreiden toiminnan ulkopuolelle sijoittuvaan toimintaan. NIVEL:n piirissä ei kyseistä organisaatiota, jonka ohjelmassa oli hyvin käytännönläheisiä kehittämishankkeita, pidetty kovin merkittävänä. Myöhemmin NIVEL:n asiantuntijat ovat arvioineet, että sekä tutkimus- että kehittämistoiminnan yhdistäminen on ongelmallista ja että kehittämistoiminta ei muodosta kovin kestäväää pohjaa asiantuntijaorganisaatiolle.

Maassa on toiminut verkostoitumispohjalta vuoteen 2007 asti organisaatio, joka tunnettiin englanninkielisellä nimellä Netherlands Institute for Care and Welfare. Tämä on purkautunut kolmeksi eri instituutiksi, joista yksi keskittyy pitkäaikaishoidon kysymyksiin sekä vanhusten, vammaisten että pitkäaikaisesti sairaiden parissa. Yksi toimii kansalaisten yleisenä sosiaalisen toimintakyvyn edistämisen ja

tutkimuksen laitoksena, ja yksi kohdistaa huomionsa nuorisoikäisten yleisiin asioihin. Perusterveydenhuolto on näissä kaikissa joiltakin osiltaan toki mukana.

Iso-Britannia

Ison-Britannian terveydenhuollon tai perusterveydenhuollon kehittämisrakenteisiin ja organisaatioihin tutustujaa vastassa on varsin laaja ja moninkertainen valikoima erilaisia toimijoita ja toimintoja. Tässä esitellään lyhyesti näistä vain muutamia.

Koko maan terveydenhuollon perustoimija on sisämarkkinoiden luomisesta huolimatta Kansallinen terveystalutus, NHS. Tällä suurella organisaatiolla on useita eri organisaatioita tutkimus- ja kehittämistoimintaa varten. Ne levittäytyvät ympäri maata. Skotlannin ja Walesin terveydenhuolloista vastaavat NHS:n kaltaiset vastinorganisaationsa ja niillä on puolestaan omat kehittämisrakenteensa ja –laitoksensa.

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)

Vuonna 1999 perustettu NICE on tullut 10 vuoden aikana hyvin tunnetuksi Englannin ja Walesin terveystalutusjärjestelmää tukevaksi asiantuntijaorganisaatioksi.

Instituutin perustamisen lähtökohtana olivat NHS-järjestelmän sisällä vallinneet suuret erot ja näihin liittyvä eriarvoisuus hoidon laadussa ja tuloksissa. Haluttiin varmistaa tiedon ja ohjauksen avulla, että palvelujärjestelmä tuottaisi mahdollisimman tasalaatuisia ja korkeatasoisia palveluita. Instituutin tehtäväksi asetettiin arvioida erilaisten tutkimus- ja hoitotoimien kliinistä vaikuttavuutta sekä myös kustannus-vaikuttavuutta. Aluksi NICE oli pääasiassa terveydenhuollon teknologian arviointikeskus, jonka arvioinnin kohteena olivat lääkkeet, toimenpiteet, laitteet ja diagnostiset menetelmät, ja joka tuotti näihin liittyen kliinisiä suosituksia (clinical guidelines). Myöhemmin vuodesta 2005 lähtien ohjelmaan on kuulunut myös ohjaus ja neuvonta kansanterveysasioissa (public health guidance). Tämä neuvonta kattaa laajan alueen mitä erilaisimpia terveyteen liittyviä ongelmia ja toimia näiden ehkäisemiseksi tai vähentämiseksi. Esimerkki tuoreesta neuvonta-asiakirjasta on suositus sairauspoissaolojen vähentämiseksi.

Organisaatio on asemaltaan itsenäinen asiantuntijaorganisaatio, joka toimii Lontoossa ja Manchesterissa. Lisäksi sillä on yhteistyökeskuksia (national collaborating centres). NICE saa suurimman osan tehtävistään NHS-järjestelmästä, mutta tarjoaa asiantuntijapalveluita laajoille käyttäjäkunnille, esimerkiksi lääketeollisuudelle. NICE:n palvelut suuntautuvat siis koko terveydenhuoltoon ja terveystalutukseen, minkä osana perusterveydenhuolto luonnollisesti kuuluu hyötyjien joukkoon.

NICE:lla on omat yksikkönsä tärkeimpiä perustehtäviään sekä näiden täytäntöönpanoa ja näistä tiedottamista varten. Internet-sivuilla esitellään 36 organisaation palveluksessa olevaa erityisasiantuntijaa nimeltä erityisasiantuntijusalueittain. NICE:n tuotteista erityisen kiinnostavia ovat ”NHS Evidence” sekä ”NICE Quality Standards”. Ensin mainittu tuottaa internetistä saatavilla olevaa ajantasaista korkeatasoista tietoa kliiniseen käyttöön. Laatustandardeilla puolestaan kuvataan yksityiskohtaisesti, mitä hyvään hoitoon tai tapaan toimia kuuluu. Yksittäiset palveluyksiköt voivat arvioida tämän avulla omaa toimintaansa.

Yksityiskohtainen NICE:n esittely löytyy verkkosivuilta www.nice.org.uk.

National Institute for Health Research

NHS:n alainen National Institute for Health Research harjoittaa laajaa tutkimus- ja kehittämistoimintaa. Toiminta kattaa koko terveydenhuollon. Tuoreimpia esimerkkejä kehittämishankkeista ovat vanhuspalveluihin, apuvälinepalveluihin, mielenterveyteen ja potilaan tai palveluiden käyttäjän aktiiviseksi osallistujaksi saattamisen hankkeet. Yksikkö saa rahoituksensa suoraan NHS:n perusrahoituksesta, joka puolestaan perustuu valtion verorahoitukseen.

NHS:n piirissä on tutkimus- ja kehittämistoimintaa osana normaalia palveluiden suunnittelua. Kun palveluiden tuotannossa siirryttiin 1990-luvulta lähtien tilaamisen tai toimeksiantamisen (commissioning) ja palveluiden tuottamisen prosessit erottavalle tielle, tilaajan ja toimeksiantajan vastuulle jäi kehittämistoiminta. Kehittämistoimintaa varten on NHS:n sisällä oma tutkimus- ja kehittämistoimintaan osallistujien verkostonsa.

Kehittämistoiminnassa mielenkiintoinen yksikkö on NHS Institute for Innovation and Improvement. Tämä organisaation yksikkö keskittyy nimensä mukaisesti innovaatio- ja laatutoiminnan edistämiseen.

NHS Institute for Innovation and Improvement

Tämä instituutti on uusi tulokas NHS:n alaisten kehittämislaitosten joukossa. Nimensä mukaisesti sen perustehtävänä on innovaatioiden edistäminen ja innovaatioiden kaltaisten toiminnan ja sen laadun kehittämishankkeiden edistäminen. Instituutti pyrkii saamaan hyödyllisiä innovaatioita nopeasti käyttöön ja toimimaan potilaiden hyväksi. Innovaatioilla tarkoitetaan sekä uusia tapoja toimia että uuden teknologian hyödyntämistä.

Rahoitus tulee viime kädessä terveysministeriöltä, mutta instituutti ei ole suoraan osa ministeriön perinteistä linjaorganisaatiota, vaan kuuluu kategoriaan “Arm’s Length Bodies”, millä tarkoitetaan sitä, että kategoriaan kuuluvilla on perinteisesti hallinnoituja yksiköitä laajempi toiminnallinen autonomia.

King’s Fund

King’s Fund on Lontoossa pääosin toimiva kansainvälisesti hyvin tunnettu asiantuntijalaitos, jossa työskentelee noin 100 asiantuntijaa.

King’s Fund perustettiin 1800-luvun lopulla hyväntekeväisyysäätiöksi, jonka perustehtävänä oli kerätä rahaa Lontoon niille sairaaloille, jotka tarjosivat palveluja köyhille. Kun NHS syntyi 1948 hyväntekeväisyysroolia piti muuttaa, ja tästä alkoi kehitys kohti nykyistä. Kehittämisen ja asiantuntijapalvelutoimintaa syntyi ja 1980-luvulla tuli health policy analysis unit. Organisaatiolla on korkean tason johto kuningattaresta alkaen. Rahoitus: 1) generated funds (5 miljoonaa puntaa), 2) hyväntekeväisyysohjelmat, myös 5 miljoonaa. King’s Fund operoi nykyisin koko terveydenhuollon alueella. Se on ollut keskeisessä asemassa viime vuosikymmenien rakenteellisten uudistusten arvioinnissa ja ohjailussa. Säätiö on NHS:sta riippumaton arvovaltainen toimija, joka nojaa korkeaan asiantuntemukseen sekä hallinnossaan että tutkimuksessaan.

Improvement Foundation – improving public services

Tämä organisaatio on yksityinen säätiöpohjainen yritys, jonka päätoimipaikka on Manchesterissa, mutta sillä on 90 työntekijää ympäri maata. Organisaation perustehtävänä on palveluiden ja niiden laadun parantaminen koko julkisella sektorilla, mukana terveyspalvelut, sosiaalipalvelut ja koulutus. Yksi keskeinen menetelmä on skills training.

Terveydenhuollon teemat kattavat laajasti koko terveydenhuollon, esimerkkeinä mm. palveluiden tilaaminen (commissioning), palveluiden saatavuuden parantaminen, sairaalaanottojen vähentä-

minen, pitkäaikaissairauksien hoito, terveyden eriarvoisuuden vähentäminen ja mielenterveyskysymykset. Säätiön hankkeista sai hiljattain paljon huomiota hanke Early presentation of cancer and CVD programme. Säätiö esittelee kotisivuillaan työnsä tuloksia vahvana näyttönä vaikuttavuudesta ja myös näyttävistä säästöissä NHS:n toiminnoissa ja investoinneissa. Säätiö järjestää kongresseja, workshopeja yms. koulutustilaisuuksia. Yhteenvetona edellä esitettyjen maiden suppeasta kartoituksesta voitaneen todeta, että näissä on tasoltaan Suomea vahvemmat organisaatiot ja voimavarat perusterveydenhuollon kehittämistä varten, vaikka Suomen perusterveydenhuolto on toimialtaan, henkilöresursseiltaan ja taloudelliselta painoarvoltaan näitä merkittävämpi.

4 Kenttäkierroksen antama yleiskuva perusterveydenhuollosta ja kentän evästyksen kehittämistyöhön

Raportin johdannossa kuvatun kenttäkierroksen anti voidaan tiivistää seuraaviin päätelmiin.

- 1) Maan perusterveydenhuolto ei ole yleisessä kriisissä vaikka terveyskeskustoiminnassa esiintyykin lääkäreiden ja hammaslääkäreiden vajauksesta aiheutuvia ongelmia ja vaikka toimintaa onkin paikoin ohennettu säästötoimin niin paljon, että palvelukyky on tästä kärsimässä. Monet toiminnan peruspilarit ovat vahvalla pohjalla. Osa tiedotusvälineistä nostaa toiminnan ongelmia dramaattisesti esille ja saattaa antaa kuvaa luottamuksen ja tulevaisuuden näkymien menettämisestä. Tämän vastapainona kunnallisella perusterveydenhuollolla on kuitenkin vankka suuren yleisön tuki. Ongelmiin joutuneiden terveyskeskusten rinnalla on jokaisessa maakunnassa suuremmista ongelmista toimivia, jotka eivät pidä suurta ääntä tilanteestaan. Sielläkin, missä palveluiden saatavuudessa esiintyy ongelmia, osa – ja usein paljon palveluita tarvitseva osa – palveluiden käyttäjistä saa palvelut tarvitsemassaan laajuudessa ja on näihin yleisesti ottaen tyytyväisiä.
- 2) Avainhenkilöiden saamisen ja pysyttämisen ongelmat ovat monilla alueilla mittavat, henkilöstövaje puhuttaa; työvoimaa vuokraavien yritysten käyttö koetaan ongelmallisena, koska yritysten kautta saadaan "käypäläisiä", koska koetaan näiden "kuorivan kermaa" ja kilpailevan työvoimasta. Kunnallisessa työsuhteessa työskentelyä halutaan vaalia ja kehittää kunnallisissa työsuhteissa keinoja ja välineitä, joilla voitaisiin kilpailla työvoimasta (palkkaus, työsuhteet, mentorointi, tutorointi, työajan joustot jne.). Toisaalta työvoimaa vuokraavien yritysten palvelu ja palveluiden käyttö ovat realiteetteja, joiden ei kuvitellakaan poistuvan. Keskustelu näistä yrityksistä eteni useissa kokouksissa määrittelemään ehtoja ja pelisääntöjä, joita pitäisi noudattaa tasapuolisuuden ja oikeudenmukaisuuden nimissä. Yleisarvioksi jää, että laajamittaisista ostopalveluista ja ulkoistusjärjestelyistä ollaan valmiit irrottautumaan, jos kunnallisiin työsuhteisiin on tulevaisuudessa tulijoita. Sen sijaan monien mielissä esimerkiksi päivystyspalvelun järjestämistä ostopalveluna pidetään hyödyllisenä, jotta omat lääkärit eivät olisi päivystystyön ja päivystysvapaiden vuoksi kovin runsaasti pois omasta työstään.
- 3) Monet keskustelut kiertyivät lääkäri työvoiman saatavuuden ja ennen kaikkea nuorten lääkäreiden rekrytoinnin kysymyksiin. Terveyskeskukset esittelivät omia vetovoiman lisäämisen keinojaan. Näissä kouluttaminen, perehdyttäminen, kokeneen kollegan tuki, joustojen tarjoaminen ja monet muut alalla käytävässä keskustelussa usein esiintyvät asiat olivat näkyvästi esillä. Nuoria lääkäreitä arvosteltiin myös kohtuuttomista vaatimuksista tai erilaisten työn ra- jausten esittämisestä. Samoin ihmeteltiin, miksi kokemattomuus näkyy vastaanottopalvelun hitautena vahvemmin kuin aikaisempien lääkärisukupolvien ollessa samassa vaiheessa uralaan. Terveyskeskusten johto ei ainakaan tuonut esille omana analyysinaan sellaista päätelmää, että työvoimaongelmat olisivat työolosuhteiden vaikeuden tai raskauden seurausta – lukuun ottamatta kaupunkipaikkakunnilla esitettyjä arvioita potilaslistojen liian suuresta koosta. Ajatuksia herätti Pohjanmaan ruotsinkieliseltä alueelta kerrottu vuosia kestänyt kokemus Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan ruotsinkielisessä opiskeluohjelmassa opiskelevista lääketieteen kandidaateista. Näille opiskelijoille on järjestetty käytännön harjoittelua alueen terveyskeskuksissa jo pitkään. Harjoittelun järjestämisessä ja opiskelijoiden tukemisessa jakson aikana on nähty erityistä vaivaa. Opiskelijat ovat olleet tämän seurauksena hyvin tyytyväisiä terveyskeskuskokemuksensa. Tämä on tullut esille sekä lomakkeilla kokemuksia ar-

vioitaessa että erilaisissa virallisissa ja epävirallisissa palautetilanteissa. Kuitenkin, kun näiden menestyksekkäiltä tuntuneiden kokemusten jälkeen on jääty odottelemaan yhtä innokasta haikutumista töihin alueelle, tulijoita ei ole näkynyt.

- 4) Vastaanottopalveluiden järjestämisen perusratkaisut, palvelun toimivaksi saaminen, lääkäreiden ja hoitajien työnjaon kysymykset sekä suhteet keskitettyihin päivystysjärjestelmiin herättivät paljon mielenkiintoa ja keskustelua. Terveyskeskuksissa oli herätty toteuttamaan erilaisia kokeiluja ja uusia järjestelyjä sen jälkeen, kun pari vuotta aikaisemmin työmarkkinaosapuolet totesivat, että paikallisia sopimuksia voi tehdä. Vastaanottopalveluiden perusmalleista oli hankittu eri teitä pitkin kokemuksia ja tietoa. Yhtäältä sai vaikutelman siitä, että samoja ratkaisuja haettiin ja yritettiin keksiä ympäri maata koko ajan uudelleen ja uudelleen. Toisaalta tuli taas tuntu, että mallien itse muovaaminen, kokeileminen ja niistä paikallisesti sopiminen ovat tärkeitä jo työhön sitoutumisen vuoksi. Positiivinen yllätys vastaanottopalveluiden kehittämiskokemuksista keskusteltaessa oli lääkäri-hoitaja-työparityöskentelyn erilaisten toteutusten saama yksimielisesti myönteinen arvio. Moni kokenut – ja jopa omien sanojensa mukaan työssään välillä väsymään taipuvainen – yleislääkäri kuvasi työparityöskentelyä todella tärkeäksi ja myönteiseksi muutokseksi koko työurallaan.
- 5) Terveiden edistämisestä puhutaan nyt kansanterveyslain ensimmäisiin vuosikymmeniin verrattuna uudella äänellä ja uudella painokkuudella. Terveiden edistämisen koetaan olevan erottamaton osa perusterveydenhuoltoa. Sen pitäisi sopivilla tavoilla läpäistä orientaationa koko palvelutoiminta. Toisaalta pidetään tärkeänä, että terveyden edistämistä toteutetaan sektorirajat ylittävänä yhteistyönä ja kytketään järjestöt ja elinkeinoelämä mukaan. Terveiden edistämisen tärkeäksi kokemisen syynä näyttäisi olevan se, että suomalaisten kuormana olevista kansantaudeista ja niiden tulevaisuuden skenaarioista on entistä selkeämpi kuva. Takautuvasti arvioiden näyttää siltä, että terveyden edistämisen toiminnot joutuivat monissa kunnissa ja terveyskeskuksissa kärsimään 1990-luvun kuntatalouden laman ja hajautetun päätöksenteon seurauksina. Nyt olisi tärkeää vakiinnuttaa terveyden edistämisen asema tilanteessa, jossa julkinen talous on muun talouden mukana joutumassa jälleen vaikeuksiin.
- 6) Selvitystyöhön ryhdyttyä esiintyi ajattelua, jonka mukaan nyt oltaisiin jotenkin vasta rakentamassa perusterveydenhuollon kehittämistoiminnan perustaa ja käynnistämässä ja vauhdittamassa toimintaa. Kenttäkierrokselta syntyi kuitenkin kuva monilla kentillä jo varsin vahvaksi muodostuneesta kehittämistoiminnasta, jonka kokonaiskuva on kuitenkin edelleen kirjava. Kokouksissa tavattiin varmaankin väkeä, joka edustaa kehittämistoimintamyönteisintä osaa terveyskeskusten johdossa. Erityisesti kiinnittivät huomiota 1) monien suurten kaupunkien mittavat ja asiantuntevat hankesalkut, 2) "Oulun eteläisen" alueen yllättävän voimakas kehittämisperinne ja -aktiviteetti, 3) kolmen sosiaali- ja terveyspiirin (Päijät-Häme, Kainuu, Itä-Savo) vahva profiloituminen kehittäjinä; tähän joukkoon Etelä-Karjala suunnistautuu mukaan. Kun samaan aikaan näyttää siltä, että vuonna 2008 käynnistyneistä ja myöhemmin käynnistyvistä KASTE-hankkeista tulee mittavia hankkeita, jotka luovat kentälle uusia rakenteita, haasteet ovatkin kehittämistoiminnan käyntiin saamisen asemesta kehittämistoiminnan ja sen tuottamien hyötyjen kattavassa levittämisessä koko maahan sekä myös toiminnan suuntaamisessa entistä terävämmiin tärkeimpiin kehittämiskohteisiin.
- 7) Kenttäkierroksella esiteltiin kevään 2008 suunnitelmien terveisinä lupauksia perusterveydenhuoltoon erityisesti kohdistettavista kehittämisvoimavaroista. Samoin kerrottiin, että yhtenä johtavana ajatuksena oli kevään 2008 linjauksissa ollut kehittämistoiminnan tukeminen osaaikaisten henkilötyövoimavarojen muodossa. Sekä tukemista yleensä että osaaikaisten henki-

lötyövoimavarojen käyttöä pidettiin hyvin ajatuksina. Osa-aikaisuudella estettäisiin kehittämistyössä aktiivisten kentän toimijoiden kulkeutuminen liian kauaksi käytännön palveluorganisaatioista.

- 8) Valtion hallinnossa ja kehittämis- ja tutkimuslaitoksissa on innostuttu kehittämistoiminnan yhteydessä kovasti ”hyvistä ratkaisuksista” tai ”hyvistä keinoista” kehittämistoiminnan välineinä. Kentän edustajat näyttivät vierastavan sellaista lähestymistapaa, jossa kliinisen työn ulkopuolelta tulevat asiantuntijalaitosten toimistotyötä tekevät asiantuntijat tulisivat jotenkin autoritäärisesti kertomaan ja osoittamaan, mitkä ovat oikeita tapoja toimia. Sen sijaan toivottiin analyyttistä ja vertailevaa tietoa erilaisista ratkaisuksista, niiden toteutustavoista, kokemuksista ja myös arvioituista tuloksista.
- 9) Kuluneet vuodet ovat koetelleet kehittämistoiminnan henkilöstövoimavaroja. Johtotehtävistä on poistunut paljon kokeneita perusterveydenhuollon johtajia. Yleensä heidän raportointiin väsyneen toimimaan vaikeissa asetelmissa päättäjien, taloudellisten realiteettien ja terveydenhuollon kasvavien kysyntä- ja kustannuspaineiden välissä. Erityisesti 1990-luvulla yleisesti esiintynyt pyrkimys pitää terveyskeskusten johtavia lääkäreitä vastuussa erikoissairaanhoidon käytön ja kustannusten kehityksestä koettiin kohtuuttomaksi. Näistä syistä monissa terveyskeskuksissa on johto- ja vastuutehtävissä uusia ja usein melko kokemattomia johtajia, jotka tarvitsisivat kipeästi koulutusta ja tukea. Kontrastina tälle kehitykselle ovat ne terveyskeskukset, joissa on säilynyt riittävän pitkällä aikavälillä strateginen vakaa kehittämisen perinne, joka on yhtäältä antanut haastetta ja työn tyydytystä johtajille että myös toisaalta antanut tukea hyviksi ja arvokkaiksi koetuille johtajille. Kunta- ja palvelurakenneuudistuksella pitäisikin pyrkiä vaikuttamaan johtamisen järjestelyihin, työmäärään ja myös johtamisessa vaikuttaviin risivetoisiin voimiin.
- 10) Kentällä huomattiin myös, että PARAS-hankkeen suunnitteluvaiheessa vaihtoehtoisina etenemistienä olleet vahvoihin peruskuntiin tai aluekuntamalliin (käytännössä sairaanhoitopiireihin) perustuvat etenemismallit ovat kumpikin elossa ja ne näyttävät kilpailevan monella alueella keskenään. Sairaanhoitopiirit tai niiden perusterveydenhuollon kehittämisyksiköt ovat osassa maata hakeutumassa vahvoihin rooleihin kehittämistoiminnassa. Tämä näkyy kehittämisyksiköiden perustamisen rinnalla myös mm. sairaanhoitopiirien aktivoitumisena terveyden edistämisessä. Samaan aikaan suurten kaupunkien oma kehittämistoiminta on useimmiten voimakasta ja kohtuullisesti varustettua ottamaan vastaan tärkeitäkin haasteita. Näyttää siltä, että nämä kaksi toimijatahoa eivät aina kohtaa eivätkä ole läheisessä yhteistyössä keskenään.
- 11) Kunta- ja palvelurakenneuudistus oli teetättänyt kentällä jo paljon töitä ja saanut aikaan myös erilaisia ristivetotilanteita, kun kumppaneita haettiin. Edellisellä hankekaudella 2003-2007 oli ohjelmassa paljon seudulliseen ja maakunnalliseen yhteistyöhön tähdännyttä hankeaktiviteettia. Maakunnalliset laboratoriotoiminnan, yhteispäivystysten yms. hankkeet eivät näyttäneet kovin herättävän innostusta. Poikkeuksena oli radiologinen kuvansiirtopalvelu, jota pidettiin yleisesti hyvänä ja onnistuneesti toteutettuna uudistuksena. Samoin monilta alueilta saatiin myönteisiä arvioita lähete-palaute-järjestelmien kehittymisestä. Osalla alueista oli myös päästy siirtymään joko yhteisiin tietojärjestelmiin tai oli rakennettu tietotekniset yhteydet eri järjestelmien välille. Yhteyksien sujuvaa toimintaa pidettiin arvokkaana, mutta teknisiä ongelmia raportointiin esiintyvän paljon ja nämä aiheuttavat sekä toimintahäiriöitä että ylimääräisiä kustannuksia.

- 12) Sairaanhoidopiireihin perustettavat perusterveydenhuollon yksiköt herättivät paljon ajatuksia ja myös epäilyjä. Niitä pidettiin tärkeänä kehityssuuntana, mutta joillakin alueilla niitä epäiltiin erikoissairaanhoidon "ulokkeiksi" perusterveydenhuoltoon päin, vaikka yksiköissä avainasemissa toimivat olivat melko harvoin taustaltaan erikoissairaanhoidon ammattilaisia. Yksiköitä pidettiin myös hoitotyön ammattiryhmien suunnasta katsoen yleislääketieteen ja yleislääkäreiden asioihin keskittyvinä. Uudessa terveydenhuoltolaissa esiteltyjä koordinaatiotehtäviä pidettiin tervetulleina, mutta vaativina organisoida.
- 13) Valtakunnallista kehittämistoimintaa koordinoivaa yksikköä pidettiin yleisesti tervetulleena. Tosin kenttäkierroksen aikaan esitettiin edelleen samanlaisia epäilyjä, joita tuotiin esille alkuvuoden 2008 keskusteluissa. Valtakunnallisen yksikön epäiltiin ryhtyvän valvontaelimeksi tai jakamaan oman harkintansa mukaan voimavaroja.

5 Miten kehittämistoiminnalla voitaisiin ratkoa perusterveydenhuollon haasteita ja ongelmia?

Palveluiden kehittäminen perustui 1970-80-luvuilla valtiovallan ja sen keskitetyn suunnittelujärjestelmän organisaatioiden ohjaukseen. Lääkintöhallitus analysoi terveyspolitiikan ja terveyspalveluiden tilaa ja teki näistä oikeiksi arvioimansa päätelmät perusterveydenhuollon kehittämistarpeista. Terveyskeskukset ohjattiin tuon ajan suunnittelukulttuurin keinoilla asettamaan tavoitteikseen ja suunnittelun kohteikseen niitä toimia, joita valtiolta halusi toteutettavan. Kun suunnitteluvastuu siirtyi 1993 muutosten myötä pääosin kunnille ja kentän organisaatioille, siirtyi samalla vastuu kehittämisestä ja palvelutoimintojen uusien innovaatioiden kokeilusta.

Kulunut 15 vuoden uuden ohjauskulttuurin jakso näyttää takautuvasti erikoiselta, jopa yllättävältä. Vuoden 1993 muutoksissa kunnat saivat laajat uudet vapaudet. Muutosten odotettiin johtavan julkisten palveluiden markkinaohjautuvuuden nopeaan lisääntymiseen. Näin ei kuitenkaan käynyt, vaan laman vuosina kunnalliset palvelut jatkoivat kehittymistä aikaisempien vuosien suuntaan. Kehitys on muuttunut nykyisellä tavalla moni-ilmeiseksi pääosin vasta 2000-luvulla. Tärkeimpiä muutoksia ovat olleet ostopalveluiden lisääntynyt käyttö ja kehityssuunnan perustavanlaatuinen muutos 1990-luvun vuosien yhden kunnan etujen turvaamisesta seudullisten palvelurakenteiden kehittämiseen 2000-luvulla.

Perusterveydenhuolto on jäänyt voimavarojen kehityksessä erikoissairaanhoidosta jälkeen ainakin henkilöstön määrillä mitattuna. Erikoissairaanhoidossa nähtiin toimintaa huomattavasti tehostaneita rakenteiden ja palvelutuotannon muutoksia, ennen kaikkea siirtyminä polikliniseen tai päiväkirurgiseen hoitoon. Samalla on kehittynyt uusi toimintakulttuuri, jossa tehokkuutta, laatua ja vähitellen myös vaikuttavuutta pidetään aikaisempaa tärkeämpänä. Näiden kehitysten mittaamiseen on kehitetty uusia työkaluja. Tutkimus- ja kehittämistyö synnyttää jatkuvasti uusia, esimerkiksi vaikuttavuuden arvioimiseen.

Perusterveydenhuollon perustoimintojen kuvaaminen on edelleen kehittymätöntä. Lääkintöhallituksen aikana terveyskeskustoiminnasta kerättiin toki runsaasti yksityiskohtaisia palvelutapahtumia ja niiden yksityiskohtia koskevaa tilastotietoa. Myöhemmin kerättävä tilastotieto on karsiutunut varsin karkeaksi yleistiedoksi. Perusterveydenhuoltoa on arvosteltu myös monissa muissa maissa siitä, että sen toiminta tunnetaan arkikokemusten pohjalta, mutta toiminnan sisällöstä ei saada esille järjestelmällistä loogisiin tietokokonaisuuksiin organisoitua tietoa. Tästä syystä toiminnan ja sen tulosten arviointi on puutteellista ja epätarkkaa. Syntyy tilaa hyvin erilaisille väitteille ja uskomuksille. Myös perusterveydenhuoltoa koskeva tieteellinen tutkimus kärsii vertailukelpoista tietoa tuottavien tilastotyökalujen puuttumisesta. Samat arviot voidaan esittää hyvin myös Suomesta.

Suomessa on siirrytty kunnallisessa perusterveydenhuollossa käytännössä koko terveyskeskuskentän kattavaan elektronisiin kertomusjärjestelmiin. Nämä ovat muiden maiden vastaavia järjestelmiä laajempia ja mutkikkaampia, koska suomalaisessa terveyskeskuksessa on laaja valikoima palveluja, paljon organisaatioon kuuluvia yksiköitä, joiden on tarpeen kommunikoida keskenään. Suomessa kirjoitetaan kertomusjärjestelmiin ainakin lääkärinpalveluista pitkät narratiiviset tekstit. Palveluiden käytöstä kootaan tilastotietoja, jotka palvelevat kyllä kuntien välistä kustannusten laskutusta ja lääkäreiden ja hammaslääkäreiden palkkioiden maksua, mutta tiedot eivät kuvaa johdonmukaisella tavalla perusterveydenhuollon perustehtäviä tai niiden hoitamisessa tarvittavia resursseja.

Hyvä esimerkki siitä, mihin on jouduttu asianmukaisen järjestelmällisen tiedon puuttuessa, on perusterveydenhuollon tehokkuutta ja tuottavuutta koskeva tutkimus ja argumentaatio. Karkeilla käynti-

vuilla näytetään, että lääkärillä käyntien määrät ovat koko ajan laskeneet. Samaan aikaan puhelinpalvelu ja hoitajien vastaanotoilla käynnit ovat lisääntyneet. Karkeilla työkaluilla ei voida antaa tyydyttävää arviota tehokkuuden kehityksestä, koska palvelusuuritteita ei pystytä vertailemaan keskenään kunnolla. Toinen hyvä esimerkki suuresta tuntemattomasta ilmiöstä on terveystieteiden keskeisten toimintatavojen kehitys. Suomalaisen perusterveydenhuollon kustannuksista noin puolet syntyy – suurena poikkeuksena kansainvälisestä yleiskuvasta – sairaalahoidosta. Terveystieteiden keskeisten toimintatavojen kehityksestä ja roolista terveydenhuollon palveluiden kokonaisuudessa ja osina palveluketjuja on paljon käsityksiä ja näkemyksiä, mutta nämä eivät perustu tutkittuun tai arvioituun tietoon. Terveystieteiden keskeisten toimintatavojen kehitystä ei ole myöskään laajalti kehitetty systemaattisen kehittämis- ja kokeilutoiminnan avulla, vaan toimintaa ovat ohjanneet erilaiset ammatilliset ja taloudelliset intressit.

Suomalaisen kansanterveystyön yksi perustehtävä piti olla kansanterveystyön käsitteen mukaisesti väestön terveyteen ja sen determinantteihin vaikuttaminen. Kansanterveystyö ei kehittynyt tässä merkityksessä riittävästi, vaan se pyrki jäämään tutkimisen, hoitamisen ja kuntoutuksen varjoon. Kansanterveystyö tehtiin tämän vuoksi muutama vuosi sitten lisäys, jolla kunnat veloitetaan osana kansanterveystyötä kokoamaan ja arvioimaan väestön terveydentilaa koskevaa tietoa ja hyödyntämään tätä palveluiden suunnittelussa ja tuotannossa. Tässä tarvittavien taitojen ja työvälineiden käyttö on jäänyt kehittämättä. Kansanterveystyön ja terveyden edistämisen osaamisessa tarvitaan entistä enemmän tutkimus- ja kehittämistyötä ja kentän vastuuhenkilöiden kouluttamista.

Kehittämistoiminnan keskeisiä etenemisen muotoja ovat uusien innovaatioiden kehittäminen, testaaminen ja arviointi, sekä toisaalta vertailuun ja toimivuuden testaamiseen liittyvä aikaisemmin jo tiedossa olevien toimintatapojen kokeilu. Toteutettu kenttäkierros ja sen yhteydessä hankittu aineisto osoittavat, että perusterveydenhuollon kentällä on käynnissä jo hyvin vilkastakin kehittämistoimintaa. Tästä vastaavat yksittäiset organisaatiot ja erilaiset yhteistyön yhteenliittymät. Yhteenliittymistä erityisen lupaavia ovat yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen laitosten ja viime vuosina myös yleislääketieteen tai perusterveydenhuollon laitosten yhdessä kentän organisaatioiden kanssa rakentamat kumppanuudet. Tämän raportin luvussa 18 esitellään kentällä tunnistettuja jo toimivia kehittämistoiminnan rakenteita, verkostoja ja organisaatioita. Kehittämistoiminta ei kuitenkaan kata koko maata, eikä kehittämistoiminnan tuloksia levitetä järjestelmällisesti kentän toimijoiden tietoon.

Kehittämistoiminta tuottaa varsinaisten tulosten lisäksi lisäarvoa sellaisenaan osallistuville organisaatioille. Työssä, jossa huomion ja työtehtävien kohteena on yleensä tavallisia, arkisia ja tunnetusti ammattilaisten mielestä usein myös vähämerkityksisiksi koettuja ongelmia, kehittämistoiminta voi auttaa näkemään arjen aluskasvillisuuden keskellä tärkeitä tehtäväkokonaisuuksia. Kehittämistoiminta voi myös muuntaa ammattilaisten usein biologisen tai biolääketieteellisen työn perusorientaation hahmotamaan vastuulla olevan väestön, sen osien, perheiden ja yksilöiden ongelmia uusista suunnista. Organisaatiot, joissa kehittämistoiminta on aktiivista, näyttävät olevan orientaatioltaan ja työilmapiiriltään innostusta luovia. Kun terveystieteiden työoloja arvostellaan parhaillaankin käytävässä keskustelussa, on varmaan pakko todeta, että osa tyytymättömyyttä aiheuttavista asioista on itse työn perusasetelmiin ja tehtäväksi asetteluihin liittyvää. Perusterveydenhuollossa joudutaan arvioimaan arkisia asioita, toimimaan ihmisten kanssa, joilla on sosiaalisia ongelmia ja jotka toimivat oman terveytensä kannalta epärationaalisilla tavoilla. Aktiivinen ja toimintaansa analysoiva organisaatio pystyy yhtäältä suunnittelemaan palvelutoimintaansa kulloinkin vallitsevissa oloissa parhaimpiin suuntiin, mutta pystyy toisaalta auttamaan ymmärtämään ja hyväksymään työn luonnetta ja siinä ilmeneviä ihmisen ja yhteisöjen käyttäytymisen muotoja ja ongelmia.

Asiantuntijat eivät ole kovin yksimielisiä siitä, miten paljon väestön ikärakenteen vanheneminen lisää terveyspalveluiden ja hoivapalveluiden kuormaa tulevaisuudessa. Vanhimpiin ikäluokkiin kuuluvien

absoluuttisen määrän ja suhteellisen osuuden tiedetään kasvavan voimakkaasti nimenomaan Suomessa vuosien 2025-2030 jälkeen, kun sotien jälkeen syntyneet ikäluokat tulevat siihen ikään, jossa palveluita tarvitaan paljon. Ikäihmisten tarvitsemien peruspalveluiden kehittämisessä on käyty läpi 1990-luvulta lähtien palveluiden rakenteen muutoksia, joista tärkein on varmaankin palveluasumisen suuri läpimurto 1990-luvulla. Samalla on todettava, että vaativimmat visiot kotona hoitamisesta eivät ole toteutuneet odotetuilla tavoilla. Erityisesti silloin, kun muistitoimintojen heikkeneminen aiheuttaa hoivan ja turvallisuuden luomisen tarvetta, käytössä olevat keinot eivät ole kehittyneet turvaamaan todellista kotona asumista ja hoitamista. Uusia hoidon ja hoivan konsepteja on suorastaan pakko kehittää. Maan kunnat eivät voi ainakaan maan muuttovoittopaikkakunnilla, joilla ikäihmisten määrän kasvu on jyrkintä, vastata kysynnän kasvuun lisäämällä laitoshoidoa tai ns. tehostettua palveluasumista demografisen kehityksen tahdissa.

Perusterveydenhuollon kriittinen palveluala, johon huomio yleensä kiinnittyy, on avosairaanhoidon vastaanottotoiminta. Raportissamme on selostettu niitä vaiheita, joiden kautta vastaanottotoimintaa on yritetty saada kehitetyksi niin, että maassamme esiintyvä vastaanottopalveluiden vaikean saatavuuden ongelma ratkeaisi. Välillä on näyttänyt siltä, että kestävä ratkaisupohja on jo löytynyt, mutta sitten kehitys on taas palannut monia harppauksia taaksepäin. Nyt on tultu vaiheeseen, jossa yksittäiset terveyskeskukset voivat lääkäreiden työehtosopimusten estämättä luoda yksilöllisiä sovelluksia ja ratkaisuja palveluiden tuotannossa. Samaan aikaan keskitetyissä päivystyspisteissä on edetty varsin yksiviivaisesti päivystystoiminnan rationalisoinnissa ns. TRIAGE-periaatteiden mukaisesti. Päivystysvastaanottojen volyymeja on järjestelmällisesti supistettu ja keskitytty todella päivystysluonteista tutkimusta ja hoitoa vaativien asioiden hoitoon. Tällä on kuitenkin siirretty haaste terveysasemien päiväaikaisille palveluille, jotka ovat nyt erityisen paineen alaisina. Tarvitaan kipeästi uusia toimintamalleja ja palvelumuotoja, jotta suomalaisella toimintakulttuurilla työskenneltäessä selviydyttäisiin kysynnästä. Kenttäkierros osoitti, että näissä asioissa on todella tapahtumassa vilkasta kehitystä, mutta kehittämistoiminta kattaa vain osan maan terveyskeskuksista.

Päätelmät kehittämistoiminnan mahdollisuuksista voidaan tiivistää seuraaviin. Perusterveydenhuolto tarvitsee hajautetun suunnittelu- ja ohjauskäytännön maailmassa kehittämistoimintaa. Eri puolilla maata on rohkaisevia esimerkkejä organisaatioista ja hankkeista, jotka edustavat tarvittavaa kehittämistoimintaa parhaimmillaan. Oikein toteutettu kehittämistoiminta lisää työn mielekkyyttä ja auttaa kestämään työn kuormaa ja kysynnän tulvia. Kun perusterveydenhuollon järjestäjien verkko tiivistyy kunta- ja palvelurakenneuudistuksen tuloksena, olisi paikallaan tehdä kehittämistoiminnasta järjestelmällistä ja kattavaa. Tätä voidaan edistää raportin loppuosassa esitetyillä rakenteita koskevilla ehdotuksilla.

Ehdotuksia kehittämisen painopistealueiksi ja kehittämisen suuntaviivoiksi seuraavissa luvuissa

Seuraavissa luvuissa esitellään sekä selvitys- ja suunnittelutyöryhmän (Simo Kokko, Eija Peltonen ja Virpi Honkanen, luvut 6 ja 7) että työn taustaryhmässä mukana olleiden asiantuntijoiden (Kerttu Perttilä, Tuovi Hakulinen-Viitanen yhdessä Marjaana Pelkosen kanssa, Marja Niemi sekä Eeva Widström, luvut 8-11) linjauksia valikoiduilta kehittämistoiminnan tärkeiksi arvioiduilta painopistealueilta. Näin nostetaan esille näkemyksiä siitä, millä alueilla kehittämistoimintaa pitäisi erityisesti viedä eteenpäin ja visioita siitä, mitä sisältöjä ja toteuttamislinjoja voitaisiin käyttää. Kuvattaviksi valitut kohteet eivät suinkaan kata koko perusterveydenhuollon aluetta, mutta näitä voidaan pitää esityksinä prioriteeteista.

6 Perusterveydenhuollon keskeisiä palveluprosesseja on kehitettävä

6.1 Avosairaanhoidon vastaanottotoiminta on avainasemassa

Vastaanottotoiminta on perusterveydenhuollon ”kriittinen ikkuna” väestöön päin. Vaikka se on toimintavolyymiltaan ja resursseiltaan vain osa terveystieteiden toimintaa, sen psykologinen ja poliittinen merkitys on paljon suurempi. Kun vastaanottotoiminnan järjestämisessä esiintyy lääkäri- ja hammaslääkärityövoiman saatavuus- ja pysyvyysvaikeuksien vuoksi ongelmia, koko terveyskeskusjärjestelmä leimataan kriisissä olevaksi. Lääkärityövoiman puuttuminen vaikeuttaa toki terveyskeskusten muidenkin sektorien työtä, mutta vastaanottotoiminnassa vajeet näkyvät konkreettisesti palveluiden saatavuuden ja koko palvelun toimivuuden ja laadun ongelmina.

Vastaanottotoiminnan ongelmien yksi tärkeä juuri, joka vaikuttaa asioihin edelleenkin, on aikanaan vuonna 1972 tehdyissä ratkaisuissa, joilla siirrettiin kunnanlääkärit yksityislääkärin asemasta kunnallisessa palkkatyösuhteessa tehtävään työhön. Koko ajan on ollut sukupolvesta toiseen sekä lääkäreitä että muita tahoja, joiden mielestä tuolloin tehtyjä ratkaisuja ei olisi pitänyt tehdä. Usein tämä näkyy ”vanhojen kunnanlääkäriaikojen” ihannointina.

Vuosien mittaan on syntynyt monia vääristymiä (esimerkiksi massiiviset päivystykset) sekä muita suomalaisia erikoisuuksia, jotka ovat jatkuvasti herättäneet kysymyksiä verrattaessa vastaanottotoimintaa meillä muiden maiden vastaaviin palveluihin. Perimmäisenä on kysymys siitä, onko suomalainen (ja ruotsalainen) tapa toimia laadultaan ja potilaslähtöisyydeltään todella paljon parempi kuin esimerkiksi tanskalainen, norjalainen, hollantilainen tai brittiläinen tapa toimia. Suomalainen ja ruotsalainen ratkaisu on perustunut ainakin toistaiseksi laaja-alaiseen ja moniammatilliseen terveyskeskusorganisaatioon. Tanskalaisessa, norjalaisessa ja hollantilaisessa perusterveydenhuollossa lääkäreiden palvelut ja muiden perusterveydenhuollon ammattihenkilöiden palvelut (joita on Suomea ja Ruotsia suppeammin tarjolla) ovat eri organisaatioissaan eikä yhteistyö kahden palvelulinjan välillä ole aina kovin tiivistä.

Palvelupoliittinen kriittinen kysymys Suomessa on, pitäisikö terveyskeskuksen säilyä yhtenä toiminnallisena kokonaisuutena, vai ollaanko valmiit hyväksymään kehitys, jossa vastaanottotoiminta irrottautuu tavalla tai toisella perusterveydenhuollon kokonaisuudesta. Kokonaisuutena säilymistä koettelee lääkäri- ja hammaslääkärikunnan pyrkimys irrottautua toimimaan yritys- tai ammatinharjoittajapohjalta. Tällöin muu osa terveyskeskuksesta jäisi joko erilliseksi tai sitä osaa olisi yritettävä liittää mukaan lääkäreiden hallitsemaan ja mahdollisesti omistamaan palvelutuotantoon. Myös tämä muu osa suomalaisesta perusterveydenhuollosta voi kehittyä kohti ammattiryhmittäin tai toiminnoittain pilkkoutumista. Tällainen kehitys johtaisi palveluiden kokonaisvaltaisen ja verkottuvan järjestämisen suuriin vaikeuksiin. Itse asiassa harpattaisiin tavallaan vuotta 1972 edeltäneeseen aikaan.

Kehitys lähti ongelmallisille teille 1970-luvulla mutta korjasi kurssia myöhemmin

Vastaanottotoiminnassa lähdettiin 1970-luvulla ilman laajoja toimintapoliittisia pohdintoja liikkeelle kohti erikoissairaanhoidon tavoin toiminta- ja osaamispohjaisiin sektoreihin perustuvasta mallista. Oltiin hyvää vauhtia perustamassa diabetesta, verenpainetautia, reumaa, päivystyspalvelua jne. varten

omia vastaanottotoiminnan kokonaisuuksiaan, joille olisi tarvittu koko ajan syvemmin näihin aloihin perehtyvät lääkärit ja hoitajat. Erikoissairaanhoidon suunnasta toivottiin ja suoranaisesti ajettiin kehitystä tällaiseen suuntaan. 1980-luku johti perustavanlaatuisiin keskusteluihin toiminnan organisoimisesta. Yleislääketiede teki vahvan profiilin nostonsa noihin aikoihin. Yleislääketieteen perus- ja jatkokoulutus organisoitiin ja vahvistettiin tuntuvilla opettajaresursseilla. Yleislääketieteen spesialiteetista tehtiin 1970-luvun myöntämisperusteisiin verrattuna vakavasti otettava kouluttautumisala. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon tutkimustoiminta sai vauhtia ja sille rakentui oma akateeminen perustansa. Yleislääkärikunta asettui noihin aikoihin vahvasti tukemaan generalismia, eikä tukea ole horjuttanut ammattikunnan sisälläkään esiintynyt puhe kevyen erikoistumisen puolesta. Tällä ei ole yleensä tarkoitettu työn ja potilaskunnan jakamista kliinisten erikoisalojen tapaan, vaan eräänlaista orientaatioita ja erityiskiinnostuksen ja –osaamisen kehittämistä osana yleislääkärin työtä. Alan ulkopuolelta on sen sijaan kuultu suorasanaisempiakin vaatimuksia yleislääkäriperiaatteesta luopumisesta. Tälle kehitykselle perustui omalääkärijärjestelmä, joka vaatii loogisesti lääkäriksi yleislääkärin, joka toimii generalistina.

Samoihin aikoihin omalääkärijärjestelmän syntymisen rinnalla käytiin terveydenhoitajien työnkuvasta mielenkiintoinen ja edelleenkin teoreettista reflektiota ansaitseva keskustelu. Osa terveydenhoitajista halusi orientoida työnsä kokonaisuin väestöihin, joko kaupunginosan, kylän tai pienen kunnan väestöön – ja tulla terveydenhoitajan työn laaja-alaisiksi generalisteiksi. Tällöin pääpaino olisi edelleenkin ollut ennaltaehkäisyssä, mutta sitä ei olisi toteutettu eriytyneistä neuvolatoiminnan, kouluterveydenhuollon jne. kehyksistä käsin, vaan nämä toiminnot olisivat olleet osa palvelukokonaisuutta. Äärimilleen vietynä tämä olisi tarkoittanut ns. vauvasta vaariin –toimintamallia, jossa terveydenhoitajien työhön aikoinaan sijoittunut kotisairaanhoidon olisi ollut olennainen osa. Ennaltaehkäisy, hoito ja hoiva olisivat olleet näin laaja-alaisesti mukana. Samalla puhuttiin terveyskeskuksen tai terveysaseman tiimityön ja myös ns. alueellisen väestövastuun puolesta. Viimeksi mainitussa alueen sosiaali- ja terveyspalvelut, tai ainakin kummankin alan lähipalvelut, oli tarkoitus tuottaa toiminnallisena kokonaisuutena. Tällä kaikella tavoiteltiin kokonaisuuksien hallintaa ja asiakas- ja potilaslähtöisyyttä. Samalla sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio olisi saanut konkreettiset rajapinnat tiiviin tiimityön muodossa. Terveydenhoitajien työssä sektoripohjainen toimintatapa pääsi keskustelujen jälkeen uudelleen ”voitolle”. Pienaluepohjaiset mallit, väestövastuiset toimintatavat, yms. 1990-luvun alun vahvat visiot karisivat yllättävän nopeasti ja vähin äänin kentältä. Alueellisia terveysasemia suljettiin säästöjen nimissä, vaikka todelliset syyt olivat ehkä useimmiten siinä, että alueelliselta toimintamallilta ja sen taustalla olleelta ajattelulta mureni tuki.

Yleislääkärin työssä generalismi säilytti suosionsa ja sitä toteutettiin ennen kaikkea listapohjaisen omalääkärijärjestelmän osana. Omalääkärijärjestelmä kattoi laajimmillaan yli 70 % maan väestöstä, minkä lisäksi 10-15 % asui pienissä kunnissa, joissa muodostui luonnostaan läheinen suhde lääkärin ja väestön välillä. Omalääkärijärjestelmä sai aikanaan suurta suosiota sekä lääkäreiden että palveluiden käyttäjien keskuudessa. Myös terveyskeskusten muu henkilökunta oli tyytyväistä siihen, että palvelut toimivat hyvin. Kuitenkin vuosien mittaan järjestelmä on osoittautunut erityisen haavoittuvaiseksi lääkäreiden lyhyt- tai pitkäaikaisen työstä puuttumisen tuomille ongelmille. Ongelmaksi on noussut myös monien lääkäreiden kokemus siitä, että kookkaista listoista vastaaminen on kuormittavaa ja usein myös yksinäistä työtä. Näin omalääkärimalli sellaisena, joksi se kehittyi 1990-luvulla, on joutunut monessa terveyskeskuksessa epäsuosioon. Erityisesti terveyskeskuksiin töihin hakeutuvat nuoret lääkärit haluaisivat välttää listavastuuseen sitoutumista. Nyt haetaan omalääkärimallin rinnalle uusia vastaanottopalveluiden organisointiratkaisuja.

Hoitotyön vastaanottotoiminnan vahvistuminen ja laajeneminen

1990-luvun lopun ja 2000-luvun aikana tärkein kehitys on ollut hoitotyön vastaanottotoiminnan laajeneminen ja vahvistuminen. Aikaisemmin itsenäistä vastaanottotyötä oli ollut laajalti erilaisten terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien avovastaanottojen muodossa sekä toisaalta erityisen koulutuksen tai perehtyneisyyden hankkineiden diabetes-, reuma- ja astmahoitajien vastaanottoina. Vähitellen hoitajien vastaanottopalvelut siirtyivät lääkäreiden vastaanottopalveluiden kanssa samoihin yksiköihin, ja hoitajien vastaanottotoimintaa varten varattiin omat vastaanottohuoneet.

Hoitotyön vastaanottotoiminta on 10-15 vuoden kuluessa kehittynyt, laajentunut ja monipuolistunut nopeasti. Vastaanottotyön järjestelyissä on tunnistettavissa kaksi perusratkaisua. Toinen tunnetaan nimellä lääkäri-hoitaja-työparimalli ja toinen on saanut nimekseen ”tiimimalli”. Mallien välillä ei ole jyrkkää rajaa, mutta työparimallissa lääkärin kanssa saman väestön parissa työskentelevä hoitaja on ”yleishoitaja” samalla tavalla kuin lääkäri on yleislääkäri. Hän hoitaa työpäivän mittaan hyvin erilaisia hoitotyön tehtäviä, joihin kuuluu itsenäistä vastaanottotoimintaa, puhelinneuvontaa, vastaanotoille haakeutuvien tilanteiden arviointia, esivalmistelujen järjestämistä, sekä monimuotoista yhteistyötä yleensä nimetyn työparina toimivan lääkärin kanssa. Tiimimallissa voi puolestaan samassa yksikössä olla useita hoitajia, joilla on joko pitkäaikaisesti tai pysyvästi omat erityistehtävänsä. Osa työskentelee päivystävänä sairaanhoitajana, osa vastaa pitkäaikaissairauksia sairastavien hoidosta. Näiden kahden mallin välimuoto voisi olla sellainen, joissa hoitaja kiertää esimerkiksi määräpäivinä eri tehtävissä. Koska hoitotyön vastaanottotoiminnalle ei ole tarkkoja tunnusmerkkejä, ei ole voitu laskea kuinka suuri osa maan terveyskeskuksista tai terveyskeskusten yksiköistä noudattaa tällaisia työmalleja. Yleisperiaatteena on, että lääkäri työvoiman vaje on yleisesti johtanut hoitajien tehtäväkentän laajenemisiin ja myös ns. tehtävien siirtoihin. Tehtävien siirrot lääkäriltä hoitajille ovat saaneet paljon huomiota, mutta yksittäisten tehtävänsiirtojen merkitystä ei voi pitää kovin suurena. Oleellista on itsenäinen työskentely.

Hoitotyön laajeneminen ja vahvistuminen eivät ole merkinneet kansansairauksiin erikoistuneiden hoitajien, kuten esimerkiksi diabetes- tai astmahoitajien, syrjäytymistä. Perusterveydenhuollossa ei ole kuitenkaan edetty sillä tiellä, joka olisi johtanut hoitotyön asiantuntemuksen ja vastaanottotoimintojen pilkkoutumiseen pieniksi suppeiden erikoisalueiden vastaanotoiksi.

Yleislääkärin ”erikoistumisesta” on käyty 2000-luvulla hyvin vilkasta keskustelua. On esitetty, että työn mielenkiinnon ja mielekkyyden turvaisi jokaisen lääkärin erikoistuminen sopivaan lääketieteen erikoisalaan tai erikoisosaamiseen. On myös esitetty, että potilaat pitäisi jakaa lääkäreille sairausryhmittäin. Tällaiseen ”erikoistumiseen” yleislääkärikunta ei ole halunnut edetä, mutta hyvin hyödyllisenä on pidetty sitä, että terveysaseman lääkäreiden joukossa olisi erityisosaamista, joka voidaan myös kehittää lääkärille rooliksi, johon kuuluu kyseisten erikoisalojen kehityksen seuraaminen, kouluttautumisen kautta tietojen ja taitojen ajan tasalla pitäminen ja konsultoivana tuen antajana toimiminen työympäristössä.

Kentällä on tapahtunut 1990-luvulta alkaen myös muita vastaanottotoimintaa muovaavia kehityksiä. Näistä ehkä maanlaajuisesti tärkein on ollut keskitettyjen päivystysten, usein ns. yhteispäivystysten syntyminen. Aikanaan 1970-80-luvulla itsenäisen terveyskeskuksen tunnusmerkki oli se, että terveyskeskus huolehti omasta päivystystoiminnastaan. Näin kattava vastuu ei pienimmissä terveyskeskuksissa toki ollut, mutta todennäköisesti yöpäivystyksen toimipisteitä on ollut enimmillään lähes 200 koko maassa. Nyt yöpäivystyspisteiden määrä on vähentynyt keskittymiskehityksen tuloksena noin 60-70:n tasolle, ja jatkaa laajojen keskitettyjen yhteispäivystysten syntyminen myötä koko ajan vähenemistään. Päivystystoiminnan keskittymisen myötä tärkeää on ollut päivystyspalveluiden siirtyminen aikaisem-

paa selvemmin toimimaan ensiapuluonteisen kiireellisen avun paikkoina. Tämä on puolestaan lisännyt paineita päiväaikaiseen vastaanottopalveluun arkisin. Infektiosairauspainotteisen päiväaikaisen päivystysluonteisen palveluiden tarpeen lomaan tulee laajojakin selvittelyjä vaativia ongelmia, esimerkiksi ikääntyneiden voinnin heikkenemisestä psykososiaalsiin ongelmiin ja päihdeongelmiin.

Toinen paljon huomiota ja keskustelua herättänyt on ollut puhelinpalvelun laajentaminen ja osassa maata tapahtunut puhelinpalvelun siirtäminen terveyskeskuksen ulkopuolisen yrityksen hoidettavaksi. Puhelimessa palveluun on jouduttu kiinnittämään huomiota ja suuntaamaan voimavaroja, koska vuosi-en ajan on valitettu, että terveyskeskuksiin on vaikea saada yhteyttä. Yhteyden saamisesta on jouduttu säättämään erikseen jopa laissa. Puhelinpalvelulla raportoitiin alkuvaiheissa korvatusia suuria määriä lääkärikäynneiksi muutoin muuttumassa olleita asiointoja. Näitä lupauksia ja väitteitä ei ole laajoissa ja systemaattisissa selvityksissä yritettykään todentaa. Kuitenkin kentällä pidetään selvänä, että puhelinpalvelu on tärkeää ja siihen pitää suunnata voimavaroja. Kyse ei ole pelkästään hyvästä kuntalaisten palvelemisesta, vaan myös koko vastaanottopalvelun muovaamisesta tarkoituksenmukaiseksi ja mahdollisimman hyvin oikeisiin asioihin kohdistuvaksi. Hyvä puhelinpalvelu auttaa myös arvioimaan esitettävien ongelmien kiireellisyyttä oikein ja käynnistämään nopeat toimet silloin, kun on tarpeen. Terveyskeskuksissa keskustellaan puhelinpalveluihin liittyen eniten varmaankin siitä, kuinka palvelu kannattaisi käytännössä järjestää. Hankerahoituksella toimineista palveluista moni terveyskeskus on hankkiutunut eroon laskettuaan, miten korkeiksi kustannukset muodostuisivat hankerahoituksen loputtua ja kaiken jäädessä terveyskeskuksen katettavaksi. Monissa laskelmissa on todettu, että samalla rahamäärällä voidaan palkata vastaanotolle henkilökuntaa, joka voi toimia kiireisimpien puhelinneuvonnan kysynnän ajankohtien ulkopuolella muissa vastaanottotoiminnan tehtävissä.

On syytä huomata, että puhelinneuvonnan rinnalla muut elektroniset yhteydenpitomuodot ovat ehkä tekstiviestien käyttöä lukuun ottamatta, jääneet Suomessa kehittämättä. Esimerkiksi Tanskassa on vakiintunut yhteydenpito sähköpostitse yleislääkäreiden ja heidän potilaidensa välillä. Yhteydenpidossa käytetään yksinkertaisia käyttäjätunnuksia ja salasanaan perustuvaa suojausta, josta sanotaan suoraan, ettei suojaus varmaankaan ole tietomurtojen kannalta varmin mahdollinen. Suositellaan, että sähköpostia käytetään luonteeltaan sellaisten asioiden hoitamiseen, joissa tietosuoja- ja intimitteettivaatimukset eivät ole kaikkein suurimmat. Tanskalaisten yleislääkäreiden antamien kuvausten mukaan sähköpostiyhteyttä käytetään yleisesti vastaanottoaikojen, laboratoriotulosten, lääkitysasioihin liittyvien kysymysten sekä yleensäkin erilaisten epäselvyyksien selvittelyn tai muiden tarkistusten muodossa. Mielenkiintoinen huomio on ollut myös yllätys palvelun käyttäjäkunnan ikärakenteessa. Palvelua käynnistettäessä oletettiin, että sähköpostipalvelusta tulee työssään tietotekniikkaa käyttämään tottuneiden työikäisten yhteydenpitomuoto. Voimakkain käyttäjäkunnan lisäys on kuitenkin tapahtunut ikääntyneiden keskuudessa. Sähköpostiyhteys on jopa kannustanut hankkimaan tietotekniikkaa ikääntyneiden koteihin ja opettelemaan sen käyttöä. Suomessa on valmistunut hiljattain väitöskirjatutkimus sähköisestä yhteydenpidosta korkeakouluopiskelijoiden terveyspalveluissa.

Vastaanottopalveluiden palvelukyky - eli käytännössä kysymys siitä, kuinka joustavasti vastaanotoille pääsee - on pysynyt ajankohtaisena jo vuosikymmeniä. Kun listapohjaisia omalääkärimalleja on otettu maassa käyttöön, terveyskeskus toisensa jälkeen on huomannut vastaanottopalveluiden muuttuvan aikaisempaa paremmin vetäviksi. Tähän on esitetty kaksi selitystä. Omalääkäripalkkaus kannustaa tekemään vastaanottotyötä, ja tälle työlle on varattu lääkäreiden työpäivissä ja viikko-ohjelmissa enemmän aikaa. Toinen selitys on ollut uudenlaisten joustavien tekniikoiden käyttöön ottaminen vastaanottoaikojen antamisessa. Vakiomittaisen ajanvarausvälin asemesta onkin ryhdytty arvioimaan yksilöllisesti, miten paljon kukin potilas mahdollisesti tarvitsee aikaa. Näin toimien on yleensä löydetty aikai-

semmin annettujen vastaanottoaikojen keskeltä ylimääräisiä aikoja, joita tarjoamalla pitkien jonotusaikojen muodostumista on voitu estää.

Viime vuosina suhtautuminen edellä kuvattuihin joustaviksi tarkoitettuihin tapoihin toimia on muuttunut kuitenkin hyvin kielteiseksi. Yleislääkärin työn pahimpiin kuuluvana ongelmana pidetään kiirettä ja tuntua siitä, ettei pysty hallitsemaan omaa ajankäyttöään tai vastaanottolistaansa. Ylimääräisten potilaiden sijoittelu päiväohjelmaan koetaan ehkä tärkeimmäksi kuormittavaksi tekijäksi työssä. Ratkaisua haetaan ajanvarausvälien pidentämisestä ja vastaanoton rauhoittamisesta kaikelta ylimääräiseltä tai suunnittelemattomalta työltä. Tässä on nyt tärkeä ristivetoinen ongelma. Suomalaista terveyskeskusvastaanottoa moitittiin 1970-80-luvulla jäykäksi ja huonosti kysyntään reagoivaksi. Kun omalääkärijärjestelmän myötä opeteltiin joustamisen käytäntöjä ja huomattiin, että käyttöön tulivat samat keinot, joita muiden maiden yleislääkärit käyttävät, nyt ollaankin vaatimassa itse asiassa palaamista 1970-80-lukujen tilanteeseen. Tässä voi olla vastaanottopalvelun avainkysymys, johon olisi haettava ratkaisuja myös kokeilu- ja kehittämistoiminnalla. Näyttää kuitenkin siltä, että työn ja työkuorman hallinnassa on hyvin tärkeää, että vastaanoton työryhmällä ohjaket ovat omissa käsissä. Tähän sopii huonosti ajattelu, jonka mukaan ulkoistettu tai mahdollisesti suoraan internetissä tapahtuva ajanvaraus olisi ratkaisu terveyskeskustyön järjestelyjen ongelmiin. Pahimmillaan ulkoistettu ajanvarausjärjestelmä voi muodostua paradoksaalisesti piiskaksi, joka rytmittää ja heiluttaa koko vastaanottopalvelua, kun asian pitäisi olla toisin päin.

Erilaisia ”lääkkeitä” vastaanottopalveluiden organisoinnin pulmiin on etsitty ja esitetty. Vilkkainta keskustelua on käyty viimeisten 2-3 vuoden ajan vastaanottopalvelun organisointimalleista. Vastuuväestöt kokonaan listoille sijoittavista malleista haluttaisiin eroon, koska ne koetaan liian raskaiksi ja vaativiksi, etenkin, jos listan koko on suuri. Uudet valtakunnalliset linjaukset palkkaus- ja työsuhteasioissa ovat tarjoamassa rinnalle ansiotasoltaan lääkäreille kilpailukykyisiä vaihtoehtoja. Näissä näyttäisi olevan kaksi pääsuuntaa. Toisen mukaan ratkaisu löytyy siitä, että henkilökohtainen hoitosuhde tarjotaan vain osalle kunnan väestöstä, ja tällöinkin mieluummin asukkaan omaan valintaan perustuvan listautumisen, tai vaihtoehtoisesti erityisen tarvearvioinnin pohjalta. Toinen suunta sitoo mielenkiinnon käynti- ja toimenpidesuoritteisiin. Lääkäri halutaan pitää ahkerana tarjoamalla tälle aikaisempaa laajemmat mahdollisuudet kasvattaa ansioitaan kasvattamalla vastaanottotyön volyyymia.

”Listautumiseen” perustuvia malleja on otettu käyttöön ja niitä suunnitellaan otettavaksi monilla paikkakunnilla sisällöltään yksilöllisinä. Esimerkiksi Pirkkalan terveyskeskuksesta on raportoitu hiljattain käyttöön otetusta mallista hyviä kokemuksia. Malli perustuu lääkärin ja hoitajan työparityöskentelyyn. Potilaat listautuvat kunnan alueella valintansa mukaisesti eri työpareille. Listautuminen käynnistää hoitosuhteen ja vastuun huolehtia listautuneiden potilaiden palvelusta myös tulevaisuudessa. Kriittinen kysymys Pirkkalan mallissa tulee varmaankin vastaan silloin, kun tiimit ovat saaneet tavoittelemansa kokoiset listat täyteen ja uusia listojaan täyttäviä työpareja ei ole enää jäljellä. Kuinka hoidetaan tuolloin palveluita joko tilapäisesti tai tulevaisuudessa pitkälläkin aikavälillä haluavien asiat? Tällä hetkellä ratkaisu on ns. päiväpäivystys, joka on luonnollisesti ongelmallinen tie, jos päiväpäivystyksen käyttö alkaa paisua. Muita julkisuudessa esillä olleita malleja ovat Vantaalle suunniteltu malli, jossa periaatteeksi on esitetty potilaiden jakaminen pitkäaikaisesti palvelua tarvitseviin ja satunnaiskävijöihin. Pitkäaikaisesti palvelua tarvitseville tarjottaisiin oman terveyskeskuksen kokeneiden lääkäreiden hoitosuhdetta, mutta satunnaisesti palvelua tarvitsevat olisivat päivystyksen ja mahdollisesti vaihtuvan työvoiman avulla järjestettävän päiväaikaisen palvelun varassa. On selvää, että tällainen malli voisi johtaa kummallakin palvelulinjalla melko pian erilaisiin ongelmiin.

Vastaanottotoiminnan järjestelyt ja kehittämistoiminta

Vastaanottotoiminnan alaisuuteen sijoittuu monia perusterveydenhuollon ajankohtaisia haasteita ja muutoksia. Haasteita ovat lääkäreiden ja hoitajien työnjako ja tehtäväkuvien kehittäminen, erikoissairaanhoidon tai muun erityisosaamisen entistä päättävämpi mukaan tuominen vastaanotoille, väestön listaamisen kysymykset, puhelinneuvonnan ja erilaisten muiden ensimmäisen linjan kohtaamisen menettelyjen ja työvälineiden kysymykset.

On vaikea hahmottaa yhtä kehittämistietä tai –hanketta, joka voisi ottaa ratkottavakseen kaikkia edellä lueteltuja laajoja kysymyksiä. Toisaalta vastaanottotoiminta, sen ongelmat ja haasteet ovat vahva prioriteetti, jonka kautta on suorat yhteydet lääkäri- ja hoitajien rekrytointiin. Vastaanottotoiminnan kehittäminen ja sen mukana tavoiteltavat myönteiset tulokset pitäisi saada levitetyksi kattamaan mahdollisimman suuri osa perusterveydenhuollon kentästä.

Tämän selvitys- ja suunnittelutyön pohjalta arvioimme, että vastaanottotoiminnan kehittämiskysymykset ovat niin tärkeitä terveyskeskusten koko uskottavuuden ja tulevaisuuden kannalta, että palvelukyvyn varmistamiseen tähtäävien kehittämishankkeiden pitäisi kattaa periaatteessa koko maa. Tätä voitaisiin edistää valtakunnallisella kattavalla hankekokonaisuudella, jos esimerkiksi KASTE-rahoitusta voitaisiin saada yhtä laajasti kuin parhaillaan käynnissä oleviin lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluihin on saatu. Tämä kehittämislinja voisi olla myös Toimiva terveyskeskus toimeenpano-ohjelman keskeinen käytännön sovellus.

Periaatteena on, että laajana käynnistettävässä hankkeessa tarjottaisiin perehdytys ja kokemusten esittely tärkeimmistä maassa sovelletuista ja koetelluista malleista ja näihin liittyvistä tukimateriaaleista. Mikäli valtaosa maan terveyskeskuksista osallistuisi tähän kehittämisprosessiin, toiminta olisi organisoitava alueellisella pohjalla osanottajamäärien vuoksi. Yhteisen runko-osan rinnalle voitaisiin suunnitella syventäviä osahankkeita vastaanottotoiminnan eri komponenteista niille, joilla samat osat ja kysymykset ovat ajankohtaisia tai kiinnostavia. Runko-osan tilaisuudet olisivat luento- ja paneelimuotoisia ja näitä täydennettäisiin taustamateriaalilla, jota voidaan valmistaa jakeluun internetin kautta. Syventävät osat perustuisivat puolestaan työpaja- tai seminaarityöskentelyyn ja syventävään materiaalin opiskeluun. Rinnalle tarvittaisiin erikseen suunniteltavaa lisäkoulutusta vastaanottotyöhön sijoittuville sairaanhoitajille.

Hankekokonaisuuden tuloksena syntyisi toiminnallisia vaihtoehtoisia malleja vastaanottotoiminnan perusratkaisuista ja palveluiden saatavuuden varmistamiskeinoista. Näitä voidaan tukea koulutuksella, työehtosopimusten kannustimilla oikein virittämällä ja esimerkiksi väestön neuvonnan materiaalin tuotannolla.

Kenttäkierroksen aikana on useissa yhteyksissä tuotu esille lääkehoidon toteuttamiseen liittyviä haasteita osana vastaanottotoimintaa. Nämä ovat liittyneet useimmin reseptien uusimisen sekä tähän toimintaan liittyen lääkityksen kokonaisarviointien kysymyksiin sekä erityisyksityiskohtana paljon työtä teettävän antikoagulanttihoidon järjestelyihin. Koska lääkehoidon kehittämiskysymykset kuuluvat valtakunnallisen Rohto-keskuksen kehittämistoiminnan alaan, näihin ei tässä raportissa syvennytä, mutta esille nousseita kysymyksiä pidetään vastaanottotoiminnassa keskeisinä ja kehittämispanostuksia ansaitsevinä.

6.2 Kroonisten ei-tarttuvien kansantautien haasteisiin vastaaminen

Suomella on sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden vähentämisessä kansainvälisesti vahva näyttö hyvistä tuloksista. Valtimotautien vaaratekijöiden esiintyvyys on vähentynyt. Vaaratekijöiden hoito, silloin kun sitä tarvitaan, on organisoitu, joskin saavutettavassa hoitotasapainossa on edelleen parantamisen tarvetta. Valtimotaudit ja diabetes esiintyvät tunnetusti yhdessä siten, että diabetes altistaa valtimotauksille. Perinteisesti diabeteksen hyvän hoitotasapainon saavuttamista on pidetty keinona ehkäistä valtimotauksia. Nyt on saatu näyttöä ja kokemusta siitä, että II tyypin diabetesta voidaan ehkäistä. Tästä avautuu laaja ja haastava kroonisten ei-tarttuvien kansantautien ehkäisyn kenttä. Valtimosairauksien ja diabeteksen rinnalle on nostettu tarkasteluun mm. depressio, selkäsairauksia sekä kroonisia hengityselinsairauksia.

Perusterveydenhuolto ja ennalta ehkäisyn erilaiset strategiat

Perusterveydenhuolto on omalta osaltaan ehkäisytoiminnassa avainasemassa, vaikka ensisijaista onkin se, mitä elämäntapavalintoja yksilöt ja perheet tekevät yksityiselämässään. Ehkäisyssä on perinteisesti tunnistettu kaksi rinnakkaista ja toisiaan täydentävää strategiaa, jotka tunnetaan nimillä väestöstrategia ja korkeaan riskiin perustuva strategia (high risk strategy). Väestöstrategiaan perusterveydenhuolto osallistuu paikallisena terveyden edistämisen toimijana yhdessä muiden tahojen kanssa. Korkean riskin strategiassa perusterveydenhuolto toimii korkeassa riskissä oleviksi tunnistettujen arvioinnin, neuvonnan, seurannan ja hoidon paikkana.

Neuvontaa on yleensä annettu erilaisissa ammattilaisten kanssa syntyvissä tapaamistilanteissa, terveys-tarkastuksissa, vastaanottokäynneillä jne. Yksilökohtainen arviointi ja seuranta sekä hoito perustuvat taas erillisiin vastaanottokäynteihin. Vastaanottokäynneistä ovat vastanneet lääkärit sekä hoitotyön vastaanottoa pitävät asiantuntijat, joista diabeteshoitajilla on jo pitkät perinteet. Hoitotyön vastaanotto-toiminnan laajentumisen myötä hoitajien vastaanotoilla on ryhdytty tarjoamaan aikaisempaa systemaattisemmin elämäntapaneuvontaa, tukea vaaratekijöiden vähentämiseksi sekä yksilöllistä riskien ja tarvittavien toimien arviointia. Joissakin terveyskeskuksissa on erikseen nimettyjä valtimotautien vastaanottoja hoitotyössä tai peräti valtimotauksien perehtyneitä hoitajia.

Diabeteksen hoidon ja ehkäisyn 2000-luvun hankkeissa on kehitetty toimintatapoja, joilla työikäisiä etsitään erilaisilla tavoittamiskeinoilla ja kampanjoilla. Näin sairastumisvaarassa oleviksi tunnistetuilla on ollut tarpeen järjestää jatkoselvittelyt ja –toimet vastaanotoilla. Osassa terveyskeskuksia etsitään metabolista oireyhtymää sairastavia seulontatyypillisillä toimilla. Nämäkin johtavat vastaanotto-olosuhteissa selvittelyihin.

Uusien KASTE-hankkeiden joukossa on useita sellaisia terveyden edistämisen ja ennalta ehkäisyn hankkeita, joissa kohteena on myös kroonisten kansantautien ehkäisy tai näiden sairauksien tuottamien seuraamusten vähentäminen tai lieventäminen. Näissä hankkeista kokeillaan erilaisia lähestymistapoja sekä perusterveydenhuollon toimintakontakteissa että hakeutumalla myös suoraan kontaktiin väestön kanssa eri kanavia pitkin. Seuraavana kehittämistoiminnan vaiheena voisi olla ennalta ehkäisevien toimintatapojen kehityksen arviointi ja sitä seuraava perusterveydenhuollon käyttöön otettavien tai suositeltavien menetelmien ja työkalujen valinta. Tällöin pitäisi voida vastata kysymyksiin, mitä työmenetelmiä ja työkaluja hyvin toimivassa terveyskeskuksessa pitäisi olla eri-ikäisten tarpeisiin pitkäaikaissairauksien ehkäisyssä. Taustalle tarvitaan myös strategista analyysia siitä, miten eri toimijat tavoittavat väestön eri ikäkausina ja elämänvaiheissa, koska työikäisten terveyspalvelut jakautuvat tunnetusti kunnallisesti järjestetyn perusterveydenhuollon ja työpaikkaterveydenhuollon välillä.

Pitkäaikaissairauksien kehittyvä hoito

Pitkäaikaisia sairauksia – etenkin valtimotauteja ja diabetesta – sairastavien hoito ja seuranta on toteutettu perinteisesti määrävälein tapahtuvien vastaanottokäyntien avulla. Käyntejä on nykyisin ohjattu hoitajien vastaanotoille. Verenpaineen seurannassa on kannustettu kotimittareilla tapahtuvaan omaseurantaan, jonka toivotaan olevan osa muita omatoimisia vaaratekijöiden vähentämisen ja hoidon toimia. Diabeteksen seurannassa ja hoidossa omatoimisella ja kulloisiinkin elämäntilanteisiin sovitettulla räätälöidyllä hoidolla on entistä tärkeämpi osuus. Pitkäaikaishoidon kokonaiskuva on muuttumassa aikaisempaa dynaamisemmaksi ja vaativammaksi. Vaativuutta lisää se, että valtimotauteja ja diabetesta sairastavilla on iän karttuessa suurenevalla todennäköisyydellä myös tuki- ja liikuntaelimestön sairauksia, depressiota ja myös muistisairauksia.

Parhaillaan kehitteillä olevissa uudenlaisissa väestön listautumismalleissa lähdetään siitä, että pitkäaikaissairaat ovat erityisasemassa. Heille kuuluu järjestää ja turvata palveluiden saatavuus ja kiinteä hoitosuhde oman lääkärin ja hoitajan kanssa. On myös perusteltua edellyttää, että ainakin silloin, kun hoidon intensiteetti sekä useiden sairauksien yhtä aikaa sairastaminen lisääntyvät, myös avohoidon vastaanottopalveluita varten laaditaan hoitosuunnitelma, josta perusasiat käyvät ilmi ja jonka avulla voidaan varmistaa erilaisissa siirtymätilanteissa hoidon jatkuvuus ja koordinaatio.

Perusterveydenhuollossa tarvitaan paikallisiin olosuhteisiin ja henkilöstön määriin ja osaamiseen sovitettua selkeitä toimintamallit tässä tarkoitettavien kansantautien ehkäisystä, seurannasta ja hoidosta. Kansainvälisesti puhutaan paljon huomiota saavasta käsitteestä ”chronic disease management”. Uudenlaisen management-työtavan aineksia ovat kasvava omatoimisen hoidon osuus, tietotekniikan soveltaminen, monien eri tahojen ja myös moniammatillisen työryhmän osallistuminen hoitoon, jossa korostuu muiden kuin perinteisten vastaanottokäyntien merkitys.

Yksi hyvä esimerkki hoitomallista on Espoon terveystieteiden keskuksessa kehitetty (Saarelma ym. 2008). Mallissa lähdetään siitä, että pitkäaikaissairauksia sairastavien potilaiden seurannan ja hoidon koordinoimiseksi edellyttää vastaanottotoiminnan järjestämistä perinteisestä akuuttivastaanottomallista poikkeavilla tavoilla. Se, että potilaalla on useita pitkäaikaisia sairauksia ja yleensä varsin runsas useista valmisteista koostuva lääkitys edellyttää suunnitelmallista hoitomallia ja sitä tukevia välineitä. Potilaan omahoidon tukeen, työntekijöiden suunnitelmalliseen yhteistyöhön, yhteiseen hoitosuunnitelmaan ja sähköisten välineiden käyttöön perustuvan hoitomallin käyttöön ottaminen tuottaa sekä potilasta että hoidon antajaa hyödyttäviä tuloksia ilman voimavarojen lisäämistä. Yksittäisten pitkäaikaissairauksien hoitosuosituksia eivät yleensä ota kantaa usean sairauden samanaikaiseen hoitoon, eivätkä myöskään hoidon organisointiin moniammatillisena yhteistyönä. Uudenlaisessa pitkäaikaishoidon mallissa potilas ei ole vain hoidon kohde, vaan aktiivinen osapuoli, joka kantaa myös oman vastuunsa hoidon onnistumisesta, mm. omaseurannan ja omahoidon muodossa. Tällaisten hoitomallien käytöstä on hyviä kokemuksia ja näyttöä tuloksellisuudesta mm. yhdysvaltalaisessa Kaiser Permanente-hoito-organisaatiossa. Mallia on käytetty potilailla, joilla on sairauksiensa joukossa sydän- ja verisuonisairauksia, pitkäaikaisia keuhkosairauksia, depressiota, nivelreumaa jne.

Suomalaisen toimintamallien kehittämisen kannalta tiimityö ja sen mukana tarkentuva työnjako eri ammattilaisten kesken on pitkäaikaissairauksien hoitomallissa keskeistä.

Pitkäaikaissairauksien hoidon toimintamalleja pitäisi ryhtyä tähänastista kattavammin kehittämään, koska eri toimintaympäristöihin tarvitaan hyvin pitkälle omat sovelluksensa. Tarvitaan myös tietojärjestelmien ja omahoidon työkalujen kehittämistyötä.

6.3 Ikääntyneiden perusterveydenhuolto: rakennemuutosta sairaalahoidosta kotihoitoon on jatkettava

Vanhimpiin ikäluokkiin kuuluvien osuudet ovat Suomen väestössä nykyisin eurooppalaisella keskitasolla, mutta eri laskelmien mukaan vanhusikäisten määrän kasvu tulee olemaan Suomessa nopeimpia Euroopassa. Tähän on omalta osaltaan syynä sodan jälkeisten ikäluokkien suuri koko.

Väestön nopean vanhenemisen vaikutuksista sosiaali- ja terveystalouteen ja niiden tarpeeseen on käyty maassa jo pitkään keskustelua. Vastakkain näyttävät olevan yksinkertaistetusti katsoen kaksi tulkintaa, jotka johtavat erilaisiin päätelmiin. Toisen tulkinnan mukaan ikääntyneiden määrän kasvu tuo tullessaan vastaavassa tai lähes vastaavassa suhteessa lisääntyneitä palveluiden käyttöä kuin tähänastisissakin ikäryhmissä on esiintynyt eri ikäryhmien välillä. Kilpaileva tulkinta huomauttaa taas siitä, että tämän päivän ja tulevaisuuden ikääntyneet ovat edellisiä sukupolvia parempikuntoisia ja terveempiä. Palveluiden tarve riippuukin ikää enemmän kuoleman läheisyydestä, mistä syystä oikea palvelun tarpeen muutosten ennustamisen peruste pitäisikin olla arvioida, miten paljon ikääntyneitä eri aikoina päätyy elämänsä päähen, eikä perustaa arvioita kulloinkin elossa olevien lukumääriin.

Todennäköisesti toteutuva kehitys asettuu näiden tulkintojen väliin. On kuitenkin hyvä ottaa huomioon, että ikääntyneiden lukumäärän kasvu vaihtelee erityyppisten paikkakuntien välillä voimakkaasti. Suurimmat lisäykset tullaan näkemään alueilla, jotka ovat saaneet aikaisempina vuosikymmeninä suurimpia muuttovoittoja. Palveluiden käyttöön ja kysyntään vaikuttavat myös terveydenhuollon hoitokäytäntöjen kehitys sekä ikääntyneiden lisääntyneet odotukset ja lisääntynyt vaatimus palveluiden suhteen.

Riippumatta siitä, mihin skenaarioihin tulevaisuuden tarvearviot perustetaan, on kuitenkin aivan ilmeistä, että ikääntyminen tulee seuraavien vuosikymmenien myötä johtamaan monilla muuttovoittoa saaneilla paikkakunnilla palveluiden kysynnän ja tarpeen lisääntymiseen.

Perusterveydenhuollossa ikääntyneet ovat kasvava palveluiden tarvitsijaryhmä useilla palvelualoilla. Avosairaanhoidon vastaanottopalveluita ikääntyvät käyttävät suhteellisesti muita ikäryhmiä enemmän, esimerkiksi lääkärinpalveluita 3-6 kertaa enemmän kuin työikäiset. Suun terveydenhuollon, kuntoutuksen ja myös terveysneuvonnan palveluiden käytön odotetaan lisääntyvän. Kuitenkin suomalaisessa terveyskeskuksessa kahden palvelusektorin merkitys on muihin verrattuna erityisen tärkeä ikääntyneiden palveluissa. Nämä ovat 1) kotisairaanhoito, joka tunnetaan nykyisin useimmiten kotipalvelun ja kotisairaanhoidon integroitumisen tuloksena osana kotihoitoa sekä 2) terveyskeskussairaaloihin annettava hoito. Kummankin palvelun asiakkaista arviolta yli 90 % on yli 75-vuotiaita. Palvelukokonaisuuksien kannalta on myös hyvin tärkeää, kuinka joustavasti ja saumattomasti palvelut voidaan tuottaa palveluketjujen eri vaiheissa.

Säännöllisen kotihoidon piirissä on maan 75 vuotta täyttäneestä väestöstä noin 11 %. Varsinaisessa laitoshoidossa on noin 6 %, mistä vajaa puolet toteutuu terveyskeskussairaaloiden hoitona. Viime vuosina terveyskeskussairaalahoito ja vanhainkotien pitkäaikaisen hoidon välillä ei ole enää ollut jyrkkää eroa hoidon vaativuuden ja hoidon porrastuksen periaatteiden mukaisesti. Vanhainkodit ovat kuitenkin tyypillisesti jalkeilla olevien muistisairauksista kärsivien hoitopaikkoja, kun taas terveyskeskussairaaloihin itsenäinen liikkumiskyky on pitkäaikaishoidossa olevilla tuota tasoa heikompi.

Pitkäaikaishoidon tulevaisuuden skenaariot

On hyvin perusteltua odottaa ja olettaa, että ikäihmisten palveluiden laajentaminen tämän hetken eri palveluiden peittävyyslukujen määrittämissä suhteissa kasvavalle ikääntyvälle väestölle ei tule onnisumaan. Esteeksi nousevat taloudelliset syyt, henkilöstön saatavuuden ongelmat ja myös se, että jo nyt raskaimman laitoshoidon asumis- ja elämysympäristöjä pidetään ei-hyväksyttävänä. Tämä asenne ilmaistaan yleisesti linjaamalla, ettei laitoksen pitäisi olla kenenkään koti. Pitkäaikaisen hoidon ja hoi-
van pitäisi tapahtua kodeissa tai palveluasunnoissa. Koska palveluiden tarve ei voi mullistavasti muut-
tua, hoidon ja hoi-
van ympäristöjen on vaihduttava nykyisiä laitoksia kodinomaisemmiksi. Edessä on skenaario, joka muistuttaa niitä kehitysvaiheita, joilla entiset tuberkuloosiparantolat ja mielisairaalat jäivät pois alkuperäisestä käytöstä, vaikka olivat aikansa hoitojärjestelmien tärkeitä ja arvostettuja kulmakiviä. Samaa kehitystä on nähty kehitysvammapalveluiden hoitopaikoissa. Jo 1990-2000-luvuilla on jätetty pois käytöstä maineikkaita vanhainkoteja rakennusten käytyä tarkoitustaan vastaa-
mattomiksi. Seuraavana ovat tämänsuuntaisen skenaarion mukaan 1970-luvulla valmistuneet terveys-
keskussairaaloiden vuodeosastot. Näitä tul-
taisiin käyttämään toki lyhytaikaisessa hoidossa ja kuntou-
tuksessa, mutta ei pitkäaikaisina asuinpaikkoina kuten nykyisin. Tavoitteeksi on esitetty, mm. perus-
palveluministerin puheessa vuoden 2008 Lääkäripäivien avajaisissa, että pitkäaikaishoidosta sairaaloissa pitäisi hankkiutua eroon, tai ainakin että sairaalassa annettaisiin pitkäaikaishoitoa vain niille, jotka tarvitsevat sairaalaolosuhteita ja –palvelua erityisten hoidollisten syiden vuoksi.

Suomessa on somaattista sairaalahoittoa WHO:n vertailukelpoisten tilastojen mukaan selvästi enem-
män kuin esimerkiksi muissa Pohjoismaissa tai muissa sellaisissa Länsi-Euroopan maissa, joihin Suo-
men terveydenhuoltoa yleensä verrataan. Korkeahkon kapasiteetin lisäksi suomalaiselle sairaalahoi-
dolle ovat ominaista sairaalahoidon hoitajaksojen lyhyet kestot sekä eurooppalaisittain kärkeäluokkaa
olevat sairaalahoittoon uusille jaksoille ottamisen luvut. 1990-luvulta lähtien on nähty suuria rakenne-
muutoksia sekä psykiatrian että monien erikoissairaanhoidon erikoisalojen sairaalahoidossa. Silti
Suomessa on laskennallisesti noin 1-2 sairaansijan /1000 as luokkaa oleva keskimääräistä runsaampi
kapasiteetti. Tämä vastaa suurin piirtein sitä kapasiteettia, joka maassa on käytössä terveyskeskussai-
raaloiden lyhytaikaisessa hoidossa.

Suomen sairaaloissa oli vuoden 2007 HILMO-tilastojen yhdistelmän mukaan ollut käytössä laskennal-
lisiksi sairaansijoista hoitopäivistä muuntaen (jakamalla hoitopäivien määrä 365:llä) 1000 asukasta
kohti 6,36 sairaansijaa. Näistä terveyskeskussairaaloissa on ollut 3,69 ss. Terveyskeskussairalahoi-
dosta kaksi kolmannesta, 2,47 ss, on ollut pitkäaikaishoidoksi laskettavaa joko pitkäaikaishoitopäätök-
sen tai hoitajakson keston perusteella. Nämä luvut koskevat koko kaikenikäistä väestöä.

Terveyskeskussairaaloita on maassa laskutavasta riippuen yhteensä noin 220. Mukana ovat tällöin
omina yksiköinä pienten erikoissairaanhoidon sairaaloiden (lähinnä entiset aluesairaalat) organisaa-
tioiden yleislääkärijohtoiset osat. Hoitopaikkoja on ollut 2000-luvun vuosina käytössä noin 20000.
Tästä runsaat 13000 hoitopaikkaa on pitkäaikaishoidon käytössä (Pelanteri 2008). Kansainvälisesti
tämä mittava hoidon volyymi on ainutlaatuinen. Vertailukelpoisista maista löytyy vastaavia sairaaloita
lähinnä syrjäseutujen erityissairaaloina tai muutoin varsinaista sairaalaverkkoa täydentävinä sairaaloi-
na. Suomen sairaaloiden kokonaiskapasiteetista 58 % on terveyskeskussairaaloita. Voidaan luonnolli-
sesti kysyä, eikö koko poikkeavuuden ihmettelemisestä pääsisi nimeämällä ainakin pitkäaikaishoitoa
tarjoavat osat terveyskeskussairaaloista hoitokodeiksi, vanhustenhuollon yksiköiksi tms., jolloin nämä
muistuttaisivat kansainvälisesti tunnettua ”nursing home:n” käsitettä ja palvelua. Tämä onkin luonteva
tarkastelutapa, mutta se herättää taas kysymään, miksi hoitokodin pitää olla fyysisiltä ominaisuuksil-
taan ja toiminnoiltaan suomalaisen terveyskeskussairaalan, ”vuodeosaston” kaltainen.

Ikäihmisten hoitosuosituksissa on esitetty tavoitteeksi, että yli 75-vuotiaista vain noin 3-4 % olisi pit-
käaikaisesti varsinaisessa laitoshoidossa. Muu ympärivuorokautinen hoito toteutuisi suosituksen mu-

kaan palveluasumisen puolella. Nykyisin kyseinen prosenttiosuus on 6-7 %:n tasolla. Tavoitteeseen pääseminen edellyttäisi siis 2-3 %:n osuuden luokkaa olevaa vähentymistä laitoshoidossa. Hoidossa olevien ja hoitopaikkojen määrinä tämä tarkoittaisi peräti 8000 - 10000 hoitopaikan vähentämistä kotihoitoon tai siirtämistä palveluasumisen puolelle. Jos tämä vähennys kohdistettaisiin kokonaan terveyskeskussairaaloiden noin 13000 pitkäaikaishoitokäytössä olevaan hoitopaikkaan, pitkäaikaiskapasiteetti voisi vähentyä enimmillään jopa noin neljännekseen nykyisestä. Haasteena ja rakennemuutoksena tämä olisi todella mittava, eikä muutos olisi varmaankaan kovin lyhyessä ajassa toteutettava. Monet kaupunkipaikkakunnat ovat juuri joutuneet viime vuosina uudelleen vaikeuksiin erikoissairaanhoidon osastoilla jatkohoitopaikkaa jonottavien määrien kasvettua. Silti suunta on tätä päämäärää kohti.

Terveyskeskussairaalahoito kokonaisuudessaan arvioitavaksi

Koko terveyskeskussairaalahoitoon kokonaiskustannus kunnille on karkean arvion mukaan (noin 20000 hoitopaikkaa, hoitopäivän nettohintaa oletettuna esimerkiksi 150 euroksi) runsaat miljardi euroa, mikä on noin kolmannes perusterveydenhuollon julkisen sektorin netto menoista ja noin kuudennes koko julkisen terveydenhuollon menoista. Vaatimattomillakin kokonaiskapasiteetin onnistuneilla supistuksilla tai ohjailuilla voisi näin ollen olla kansantaloudellisesti mittava merkitys. Tällaisesta spekulatiosta käynnistyy luonnollisesti koko joukko kysymyksiä vaihtoehtoisten palvelumuotojen kustannuksista ja kustannusten kohdistumisesta. On kuitenkin varsin hämmästyttävää huomata, miten vähän koko terveyskeskussairaalahoitoa on tutkittu ja arvioitu.

Terveyskeskussairaalahoito oli vielä 1990-luvun alussa muuttumaisillaan lähes kokonaan pitkäaikaiseksi hoidoksi tuohon asti näkyvillä olleiden kehitystrendien mukaan. Sairaanhoitopiirien 1990-luvun alkuvuosina muuttunut kuntalaskutus ja hoidon palveluasumiseksi muuttamisesta saatavat säästöt johtivat lyhytaikaisen hoidon uudenlaiseen valokeilaan. Kuntien edustajien mielissä oma sairaalahoito muuttuikin erikoissairaanhoidon kustannusten säätelyn välineeksi, josta oli pidettävä huolta. Syntyi hoitokäytäntöjä, joita otettiin käyttöön suoraviivaisesti uskoen näistä syntyvän säästöjä. Sekä akuuttihoito että erikoissairaanhoidon hoitojaksojen jatkoksi annettava hoito lisääntyivät, vaikka akuuttihoitoon kehitystä mutkisti toisaalta samoihin aikoihin käynnistynyt ja 2000-luvulla vahvasti edennyt terveyskeskuspäivystysten keskittäminen aikaisempaa harvempiin yksiköihin, etenkin yöaikaan ja viikonloppuisin.

Terveyskeskusten johdon edustajat uskovat vahvasti terveyskeskussairaalan hyödyllisyyteen hoidon porrastuksen välineenä ja voimavarojen käytön optimoijana. On hyvin mahdollista, että tämä perusterveydenhuollon laajennus onkin yksi selitys suomalaisen terveydenhuollon kokonaisedullisuuteen. Turunen (1998) arvioi väitöskirjatutkimuksessaan juuri näitä kysymyksiä: mikä yhteys on terveyskeskusten toiminnallisella aktiivisuudella väestön synnyttämiin erikoissairaanhoidon käytön tunnuslukuihin ja kustannuksiin, sekä myös terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin. Tulos oli yksinkertaistaen sellainen, että aktiivinen terveyskeskus – mitattuna terveyskeskussairaalan potilasvaihdon vilkkauksella ja avohoidossa tarjolla olleiden erityistoimenpiteiden valikoiman laajuudella – merkitsi vastavuoroisesti keskimääräistä alemmalla erikoissairaanhoidon käyttöä. Kuitenkin kokonaisarvio osoitti, että aktiivisimmat terveyskeskukset olivat myös niitä terveyskeskuksia, jotka aiheuttivat kuntalaisilleen muita korkeammat kokonaiskustannukset. Tutkimus tehtiin aikana, jolloin tarvevakiointi ei ollut menotietojen standardointimenetelmänä nykyisenlaisessa käytössä, eikä aineisto sallinut päätelmien viemistä kovin pitkälle.

On hyvin todennäköistä, että uusimmilla analyysivälineillä voitaisiin saada samoihin kysymyksiin lisää vastauksia. Olisi myös tarpeen porautua terveyskeskussairaalahoitoon sisältöjen ja hoidon voimavarojen kohdistumisen kysymyksiin. Lisäksi maassa on paljon paikkakuntia, joilla erikoissairaanhoidon

don konservatiivisten somaattisten alojen hoito (sisätaudit, neurologia, keuhkosairaudet) toimii käytännössä ja myös tilastojen antaman kuvan mukaan lyhytaikaista terveyskeskussairaalahoitoa korvaavana – tai terveyskeskussairaalahoito korvaa erikoissairaanhoidon sairaalahoitoa. Tutkimuksen keinoin pitäisi pystyä viitoittamaan, minkälaiset kehityslinjat olisivat tuloksiltaan ja taloudellisilta vaikutuksiltaan edullisimpia. Epätarkoituksenmukaista kapasiteettia ei pidä pitää yllä, vaan voimavaroja on vapautettava entistä aktiivisemmän avohoidon, kotihoitoon ja palveluasumisen käyttöön.

Voimavaroja avohoitoon ja kotihoitoon

1990-luvun valtakunnallisen palvelurakenneprojektin avulla pyrittiin siirtämään palveluiden painopistettä laitoshoidosta kotiin tuotettaviin palveluihin. Tärkein toteutunut muutos oli jälkikäteen arvioiden perinteisen laitoshoidon korvautuminen erilaisella palveluasumisella. Kuitenkin ikääntyneiden kotihoidon rakennemuutos on ollut varsin merkittävä. Muutos ei näy suoraan palveluiden piirissä olevien peittävyysprosentteissa, koska hoito on muuttunut aikaisempaa vaativammaksi ja intensiivisemmäksi. Työpanoksesta käytetään entistä suurempi osuus paljon ja tiheällä frekvenssillä apua tarvitsevien hoitoon. Hoidon kohde on siirtynyt ”kodin hoitamisesta” kotihoidon asiakkaan päivittäisistä tarpeista huolehtimiseen. Rakennemuutos näkyy mm. intensiivisen hoidon peittävyyslukujen kasvuna vuosien 1995-2005 aikana (Kokko ja Valtonen 2008).

Kotihoidon rakennemuutosta on pidetty tarpeellisenä kehityssuuntana, mutta ei suinkaan yksituumaisesti. Sosiaalitoimen vanhuspalveluiden suunnasta arvioiden kehityksen on sanottu painottuvan liiaksi kotona tapahtuvaan raskaaseen sairaanhoitoon, jonka rinnalla ikäihmisen sosiaaliset tarpeet, turvattomuus ja muut tärkeät hoidon kohteet jäävät vaille riittävää huomiota.

Näyttää kuitenkin siltä, että silloin, kun dementia, psyykkiset sairaudet tai turvattomuus eivät ole es-tämässä, hyvinkin intensiivistä palvelua fyysisen toimintakyvyn vuoksi tarvitseva voi olla kotihoidos-sa kuolemaansa asti ilman usein väistämättömäksi oletettua laitoshoidoa elämänsä lopussa. Jos intensiivisen palvelun käytännön toteuttaminen käy kalliiksi etäisyyksien vuoksi, palvelutalot ovat olleet rationaalinen ratkaisu. Uutena kehityssuuntana on myös nähty monissa kaupungeissa eräänlaisten ikäihmisten asuntoalueiden tai ”kampusten” synty. Tällöin erilaista omissa osoitteissa asumista sijoite-taan kylä- tai korttelimaisesti yhteen. Syntyy yhtä aikaa toimiva ympäristö sekä palveluiden tuottami-selle että sosiaalisten verkostojen ja niiden tuoman turvan syntymiselle.

Kriittiseksi ja myös pitkälti ratkaisemattomaksi kysymykseksi jää dementiaa sairastavien elämisen ja asumisen järjestäminen muutoin kuin laitospaikoissa. Tilastotietojen ja ikäihmisiin kohdistettu-jen väestötutkimusten mukaan kotihoidossa on runsaasti ainakin lievästi tai keskivaikeasti dementoi-tuneita. Heidän selviytymistään turvaavat kotihoidon ohella omaisten ja läheisten tuki sekä myös osal-taan turvateknologia, jolla vältetään harhailuja ja niihin liittyviä mahdollisesti ikäviä seurauksia.

Kotihoidossa on huomattavia hoidon intensiteetin vaihteluita maan eri kunnissa ja jopa kuntien eri osissa. Erot näkyvät mm. siinä, miten paljon työpanoksesta on päädytty sijoittamaan ilta- ja yöaikaan sekä siinä, kuinka kattavaa on viikonloppuisin annettava palvelu. Kenttäkierroksen aikana tutustuttiin kehitettyihin toimintatapoihin sekä erilaisiin kokeilu- ja projektitoiminnassa syntyneisiin käytäntöihin. Näiden valossa voidaan olettaa ja odottaa, että riittävän intensiivisellä ja innovatiivisiin ratkaisuihin nojaavalla kotihoidolla voidaan vähentää laitoshoidossa olevien määriä ja osuuksia entisestään. Kriit-tinen kysymys on ennen kaikkea kotihoidossa olevan henkilötyöpanoksen määrä ja sen sijoittuminen eri vuorokauden aikoihin ja viikonpäiville. Lisäksi tapa, jolla kotihoito työskentelee ja kuinka työtä johdetaan, on hyvin tärkeää.

Hahmotamme tarpeelliseksi mittavan hankkeen tai kehittämistehtävän, jonka voi muotoilla yksinkertaistaen seuraavasti. Pitkäaikaisesta laitoshoidosta pitäisi purkaa kapasiteettia siirtämällä hallitusti työpanos saman alueen kotihoitoon mahdollisimman tehokkaassa muodossa, sekä rakentamalla lisää palveluasumisen kapasiteettia ja organisoimalla asukkaille tarpeelliset palvelut.

Tässä ehdotettavan hankkeen tulisi olla yksi perusterveydenhuollon kehittämistoiminnan ensisijaisia kohteita vastaanotto toiminnan kehittämistarpeiden rinnalla. Koska lähes kaikissa terveyskeskussairaaloissa tarjotaan sekä lyhyt- että pitkäaikaista hoitoa, huomio pitäisi kiinnittää koko terveyskeskussairaala-instituutioon. Lyhytaikaishoitoa koskeva osuus voisi käynnistyä esimerkiksi siten, että THL:n rekisteritutkimuksen, terveydenhuoltotutkimuksen ja terveystaloustieteen asiantuntijat analysoisivat terveyskeskussairaaloiden käyttöä nykyisin koottavia HILMO-tilastojen raportteja pitemmälle vietyillä työkaluilla ja tuottaisivat ehdotuksia ja suosituksia siitä, miten ja missä laajuudessa terveyskeskussairaaloita kannattaisi käyttää osana koko palvelujärjestelmää. Terveyskeskussairaaloiden pitkäaikaishoidosta pitäisi varautua siirtämään noin puolet tai peräti $\frac{3}{4}$ uusiin asumis- ja hoivaympäristöihin. Tässä tarvitaan mittavaa asuntojen ja palveluasuntojen rakentamista ja muokkaamista raskaankin hoidon tarpeisiin. Noin 10000 asunnon suuruusluokkaa oleva haaste voi kuulostaa ylivoimaisen suurelta, mutta tälle kehitykselle sinänsä ei taida olla vaihtoehtoja. Aikatauluissa on joustoja varaa. Pääomahoituksen kysymykset ovat suuria. Tämän vuoksi Raha-automaattiyhdistys pitäisi palauttaa mukaan yhdeksi asumisyksiköiden rahoittajaksi. Tämä voidaan tehdä mahdolliseksi irrottamalla kuluneiden vuosikymmenien lukituksesta poiketen asuminen ja palvelut käsitteellisesti ja järjestämisvastuun puolesta toisistaan.

6.4 Millaiseksi muotoutuu perusterveydenhuollon mielenterveys- ja päihdetyö?

Perusterveydenhuoltoon ei sisällynyt kansanterveyslain alkuvuosina laajaa vastuuta mielenterveystyöstä. Tärkein tunnistettu rooli oli terveyskeskuslääkäreiden velvollisuus toimia virkalääkärinä toimitettaessa vakavasti sairastuneita psykiatriseen hoitoon tahdosta riippumatta. Toinen tärkeä kehitysinja oli terveyskeskuspsykologien työ, jonka juuret ovat kansanterveyslain alkuvuosissa. Tässä työssä ei ollut kuitenkaan kyse varsinaisesta psykiatrisesta avohoidosta, vaan eri tavoin orientoituneesta ennalta ehkäisevästä mielenterveystyöstä.

1980-luvulla mittavan työn tehnyt mielenterveyskomitea oli mielenterveystyön laajan rakennemuutoksen alulle panija. Komitea osoitti suosituksissaan perusterveydenhuollolle uusia linjauksia tuohon astisten toimintalinjojen rinnalle. Osa pitkäaikaissairaista voitaisiin siirtää terveyskeskusten hoitotasuulle. Terveyskeskuksiin olisi paikallaan perustaa psykiatrian erikoissairaanhoidajien vakansseja vastaamaan lähinnä pitkäaikaishoidosta. Samoihin aikoihin erikoissairaanhoidon alaisuudessa toimineet mielenterveystoimistot hajauttivat toimintaansa maakuntien kuntakeskuksiin. Toimipaikat sijoituivat joko terveyskeskuksista erillisiin tiloihin tai erikoissairaanhoidon vuokraamiin vastaanotto tiloihin terveyskeskuksissa. Kun toimintaa ja palvelumuotoja laajennettiin, luotiin perustaa kokonaisten mielenterveystoimistojen siirtämiselle terveyskeskusten alaisuuteen. Tärkeimmät sysäykset tälle kehitykselle, joka levisi jossakin muodossa suurimpaan osaan maan sairaanhoidopiirejä, olivat kuitenkin toiminnan taloudellisissa kannustimissa. Jälkikäteen perusterveydenhuollon edustajat kuvaavatkin muutosten syitä esimerkiksi selostamalla, että perusterveydenhuollossa toivottiin aikaisempaa suurempaa yhteyttä ja erityisesti tiedon mahdollisimman esteetöntä kulkua terveyskeskuksen ja mielenterveyspalveluiden välillä, mutta tärkein muutoksen syy olivat kunnallisten päättäjien laskelmat omana toimintana toteu-

tettavan palvelun edullisuudesta verrattuna saman palvelun saamiseen sairaanhoitopiirin hinnaston avulla laskutettuna. Kun yksi kunta päätti siirtää palvelut sairaanhoitopiiriltä terveyskeskukseen, muut seurasivat esimerkkiä, koska eivät halunneet jäädä kattamaan harventuvalla joukolla sairaanhoitopiirin kustannuksia.

Seurauksena on ollut mielenterveystyön kentän muuttuminen varsin kirjavaksi. Itse asiassa muutoksista vallitsee kuvia, joiden mukaan mielenterveyspalvelut olisivat jotenkin selkeästi järjestettyjä kahdella vaihtoehtoisella tavalla. Todellisuus on tätä monimuotoisempi. Mielenterveystyön aikaisemmin yhtenäiset työryhmät ovat ainakin maaseudun oloissa jakautuneet pieniksi yksiköiksi tai työpareiksi. Lääkärit ja osin myös psykologit ovat jättäytyneet kokoaikaisesta kunnallisesta työsuhteesta vieraileviksi konsulteiksi.

Perusterveydenhuollon hallinnollisessa alaisuudessa järjestettävä mielenterveystyö on voitu järjestää perusratkaisuiltaan hyvinkin erilaisilla tavoilla. Naapuriterveyskeskusten välillä voi olla suuriakin eroja siinä, kehitetäänkö näitä perusterveydenhuollon katon alle sijoituvia palveluita erikoissairaanhoitona vai leimallisesti perusterveydenhuollon työnä. Tämän konkreettisin ilmentymä on varmaankin kysymys siitä, tarvitaanko kyseisiin palveluihin hakeuduttaessa lähete terveyskeskuksen lääkäriltä vai ei.

Stakesin Merttu -hankkeessa selvitettiin kattavasti mielenterveystyön avopalveluiden järjestämistä maan kunnissa. Tärkein päätelmä oli varmaankin se, että kuntien ja terveyskeskusten omana toimintana pääosin järjestettävät palvelut ovat kapea-alaisempia kuin sairaanhoitopiirien järjestämät. Mielenterveystyön avopalveluissa nähtiin paljon huolen aiheita ja kehittämisen tarpeita (Harjajärvi, Pirkola, Wahlbeck, 2006).

Perusterveydenhuollon mielenterveystyön tehtävien analyysin ja määrittämisen pitäisi lähteä liikkeelle taustalla olevista perusoletuksista ja -ajatuksista. Mielenterveys on osa ihmisen terveyden kokonaisuutta. Mielenterveyden häiriöt ja psyykkiset sairaudet ovat osa niitä ongelmia ja ilmiöitä, joita varten koko mittava sairaanhoitojärjestelmä on rakentunut. Yleislääkäri ja yleishoitaja perusterveydenhuollossa ei voi lähteä liikkeelle siitä, etteivät mielenterveyden tai päihdeiden käytön ongelmat kuulu hänelle ja että näiden oikea ensimmäisen linjan tutkimuksen, arvioinnin ja hoidon paikka on aina jossakin muualla. Maassamme yleisen käsityksen mukaan yleislääkärin ja terveyskeskuksen avohoidon tiimin pitää pystyä hoitamaan pääosa masennus- ja ahdistushäiriöistä sekä päihdeongelmista. Samoin yleislääkärin ja terveyskeskuksen avohoidon tiimin pitää voida ottaa hoitovastuulleen osa pitkäaikaista skitsofreniaa sairastavista. Valmiuksia voidaan aina kehittää koulutuksen, konsultoinnin ja työnohjauksen avulla.

Edellä olevan jatkoksi on loogista ajatella, että mielenterveystyön avohoidossa sekä päihdehuollon erityispalveluissa on olemassa erityispalveluiden taso, joka vastaa somaattiselle terveydenhuollolle analogisella tavalla vaativasta diagnostiikasta tai arvioinnista sekä hoidosta.

Selväpiirteisen kuvan sekoittaa se historiallisen kehityksen tulos, joka näkyy siinä, että mielenterveystyön erityispalvelut hajautettiin 1990-luvulla terveyskeskuksiin. Esimerkiksi yhdelle terveysasemalle saattoi sijoittua 2-3 työntekijää ja heidän vakanssipohjansa. Työntekijät ovat voineet vaihtua ja vakansseissa olevien ammattikokemus voi olla vaihtelevaa. Määrittely- ja sijoittamisongelmia syntyy myös erillisistä psykiatrian erikoissairaanhoitajan vakansseista ja esimerkiksi terveyskeskuspsykologeista, joista osa kokee olevansa osa tavallista mielenterveystyön tiimiä, osa taas katsoo, että heillä on ennalta ehkäisyn erityistehtävä, jota ei pidä sekoittaa hoitavan mielenterveystyön kanssa.

Kenttäkierroksen osana työryhmämme vieraili Kuopion psykiatriakeskuksessa. Keskus on ratkaisuna ilmeisesti ainut laatuaan maassa, koska saman katon alla yhdistyvät kaupungin perusterveydenhuollon ja sairaanhoitopiirin psykiatrian alan avohoito. Keskuksesta on oma kehityshistoriansa, jossa oleellista oli mielenterveystyön erityispalveluiden jakautuminen aikanaan kahden portaan palveluiksi sairaanhoitopiiriin ja kaupungin sosiaali- ja terveyskeskuksen toiminnaksi. Psykiatriakeskus syntyi, kun haluttiin päästä kahden kerroksen ratkaisusta eroon. Porrasteinen järjestelmä perustuu nyt sille, että kaupungissa on ollut jo vuosien ajan 2000-luvulla hyvin toimiva omalääkärijärjestelmä, jossa hoitajien työ, terveydenhoitajien työ sekä työterveyshuollon eri yksiköiden työ on samassa toiminnallisessa ajatuksessa hyvin mukana. Ensimmäisenä hoidon ja arvioinnin paikkana toimivat terveyskeskus ja sen lääkärinvastaanotot ja osin hoitajien vastaanotot. Perusterveydenhuollon ammattilaisia on koulutettu tiiviisti ottamaan hoito- ja työnjakosuunnitelmien mukaisesti vastuu niille soveltuvista perustehtävistä. Esimerkiksi depressiopotilaan hoito on pääsääntöisesti terveyskeskuslääkärille kuuluva tehtävä. Väestö ei ota suoraan yhteyttä kriisitilanteissaan psykiatriakeskukseen, mutta perusterveydenhuollolle ja muille peruspalveluiden ammattilaisille on tarjolla joustavasti puhelimitse tarjottavaa neuvontaa ja konsultaatiota. Itse psykiatriakeskus antaa ajanmukaista hoitoa, johon sisältyy psykoterapiaa ja lääkkeitä sekä erilaisia tukitoimia ja selvittelyjä verkostoperiaatteella.

Toisenlaisina ja kuopilaista esimerkkiä ongelmallisempina kuvataan terveyskeskuksia, joissa on jatkuvaa lääkäripulaa ja myös toiminnallisissa vaikeuksissa esimerkiksi vakanssien täyttämisongelmien tai suuren palveluiden kysynnän vuoksi olevat mielenterveystyön avopalvelut. Kovin monessa paikassa todettiin, että tavallisissa mielenterveysongelmissa ainoana tienä saada apua on päivystysvastaanotto, joka sekin voi maaseudun oloissa sijaita kotipaikkakunnalta kaukana. Pelkkä päivystysvastaanottoon matkustaminen ja sen ruuhkaisissa oloissa asiansa esittäminen voivat olla korkea tai ylivoimainen kynnys ensimmäisiä kertoja apua hakeville. Mielenterveyspalveluiden erityistyöntekijät pitävät erityisenä prioriteettina sitä, että he pystyvät vapauttamaan aikoja äkillisten vakavien kriisien varalta. Silti tavallisten ja yleisten ongelmien hoitaminen sekä suunnitellun hoidon toteuttaminen kohtuullisessa ajassa tuottavat suuria vaikeuksia.

Tämäntyyppisten vaihtoehtojen maailmassa perusterveydenhuollon pitäisi ylläpitää ja kehittää mielenterveystyötä. Mukaan pitäisi pystyä ottamaan myös päihdeongelmaisten kohtaaminen ja hoito sekä mm. korvaushoidon järjestäminen huumeapotilaille.

Hyvin yleisesti on toivottu, että mielenterveystyössä voitaisiin palata joillakin tavoilla palveluiden kokonaisuudet ehyinä säilyttäville linjoille. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen vähimmäisväestöpohjaa, joka on 20000 asukasta, on tuotu esille myös sopivana aikuisikäisten mielenterveystyön järjestämisen pohjana. Tällaiselle väestöpohjalle olisi mahdollista perustaa riittävän kokoinen ja riittävän monipuolinen moniammatillinen työryhmä.

Tuorein mielenterveyspalveluiden valtakunnallinen kehittämistoimi on ollut Mieli ja päihde 2009-hanke. Siinä on lähdetty tavoittelemaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden integroimista. Valtakunnallisten kuulemistilaisuuksien ja työryhmätyöskentelyn pohjalta on tuotettu tiivis kooste suosituksia, jotka kohdistuvat koko mielenterveyspalvelujärjestelmään. Suositukset linjaavat perusterveydenhuoltoa ja muutoin perustasolla tarjottavia palveluita seuraavien ehdotusten avulla: (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Lähipalveluita pitää kehittää perustamalla sosiaali- ja terveyskeskuksia....

Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat niitä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisellä alueella toimivia palveluja, jotka yhdistämällä voidaan selkiyttää moniongelmaisten asiakkaiden palvelukokonaisuutta....

Maan kattava ja ympärivuorokautisesti toimiva perusterveydenhuolto on tällä hetkellä luonnollisin matalakynnyksinen yksikkö tunnistamaan mielenterveys- ja päihdehäiriöt varhain, ehkäisemään ongelmien pahenemista ja hoitamaan näistä ongelmista kärsiviä. Palveluiden järjestämisestä ja rahoittamisesta vastaavat kunnat voivat tarvittaessa hyvksyä ensisijaiseksi hoitoon pääsyn paikaksi myös muita palveluyksiköjä, esimerkiksi matalan kynnyksen periaatteella toimivia yhdistettyjä päihde- ja mielenterveysyksiköitä.

Yhden oven periaatteen toteuttamiseksi tulee terveyskeskuksessa olla hoitaja- tai sosiaalityöntekijävetoinen matalan kynnyksen vastaanotto, jossa tavataan asiakas ja yhdessä hänen ja mahdollisesti hänen läheistensä kanssa arvioidaan hoidon tarve. Sen yhteydessä tehdään alustava suunnitelma tarvittavasta hoidosta, johon asiakkaan tulee päästä joustavasti. (Ehdotus nro 2)

Ehdotus nro 9 tarkentaa peruspalvelujen järjestämistä vielä seuraavasti:

... Sosiaali- ja terveyskeskuksessa asiakas ohjataan tarpeenmukaiseen palveluun, joka on useimmin joko ehdotuksessa 2 mainittu hoitajan tai sosiaalityöntekijän matalan kynnyksen vastaanotto tai normaali terveyskeskuslääkärin vastaanotto. Asiakas voidaan ohjata tässä vaiheessa myös päihde- tai depressiohoitajan vastaanotolle tai yhdistettyyn mielenterveys- ja päihdetyön yksikköön.

Ehdotuksissa kuvataan yllä esitettyjen jälkeen, kuinka päihytyneiden selviämisen- ja ensihoito tulisi erilaisilla paikkakunnilla järjestää eri vaihtoehtojen mallien pohjalta, sekä kuinka huumeiden käyttäjien maksuttomat ja nimettömyyden periaatteella toimivat terveysneuvontapisteet tulevat olemaan osa perusterveydenhuollon matalan kynnyksen palveluja. Perusterveydenhuollon erilaiset vastaanottopalvelut muodostavat mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän ytimen. Terveyskeskusten vastuulla tulisi pääosa masennus- ja ahdistushäiriöistä sekä päihdeongelmista, joihin sisältyy peruskatkaisuhoito, pitkäaikainen päihdeongelmaisten jatkohoito kuten esimerkiksi opiaattiriippuvaisten korvaushoito. Myös osa pitkäaikaista skitsofreniaan sairastavista kuuluu perusterveydenhuollon hoidettavaksi. Kussakin terveyskeskuksessa pitäisi olla käytössä joko erillinen tai yhdistetty depressio- ja päihdehoitajan työmalli.

Peruspalveluiden ”yläpuolelle” työryhmä ehdottaa muodostettavan erikoistason psykiatristen ja päihdehuollon palveluiden yhteisen avopalveluiden yksikön, johon voidaan yhdistää myös kasvatus- ja perheneuvola. Nämä yksiköt voivat olla joko peruspalveluiden tai laajan väestöpohjan kuntayhtymien alaisia.

Esitetyn linjaukset sisältävät tiivistetyssä muodossa tuoreen näkemyksen siitä, miten mielenterveys- ja päihdetyön hajanaiseksi ja puutteelliseksi toimiviksi arvioidut palvelut pitäisi rakentaa. Ehdotuksiin jää joukko valinnaisia toteutusvaihtoehtoja, mikä onkin varmaan realistinen lähtökohta. Perusterveydenhuollolle ehdotetaan, joskaan tätä ei pidetä ainoana mahdollisena vaihtoehtona, että tavalliselle lääkärin tai yleishoitajan vastaanotolle hakeutumisen rinnakkaisena palveluiden piiriin tuleminen väylänä olisi matalan kynnyksen hoitajavastaanotto. Tämän lisäksi peruspalveluissa pitäisi olla depressio- ja päihdehoitaja. Muilta osiltaan mielenterveyden avopalveluiden työntekijät sijoittuisivat esitetyn ajattelun pohjalta alueelliseen erityispalveluiden yksikköön.

Kuinka hahmotettavia palveluita voitaisiin rakentaa kehittämistoiminnan avulla?

Edellä esitellyt ehdotukset merkitsisivät yhtäältä tällä hetkellä työssä olevan mielenterveys- ja päihdealan henkilöstön työn järjestämistä periaatteessa uudentalaisen yhdenmukaiselta pohjalta. Toisaalta tarvittaisiin mitä todennäköisimmin lisää työvoimaa, jotta eri palvelut voitaisiin pitää tarjolla. Realistista on ajatella, että matalan kynnyksen päiväaikaiset palvelut olisivat vaihtoehtoinen pal-

veluväylä ns. päiväpäivystykselle silloin, kun ongelmat liittyvät mielenterveyteen tai päihteisiin. Matalan kynnyksen arvioinnin ei kuitenkaan pitäisi pelata perusterveydenhuoltoa mielenterveys- ja päihdepalveluista syrjään, vaan peruspalveluissa tarjottaville yleislääkärin ja esimerkiksi depressiohoitajan vastaanotoille pitäisi syntyä tärkeät väylät. Matalan kynnyksen arviointia suorittavilla ammattihenkilöillä olisi vaativa palveluiden ohjauksen ja koordinaation tehtävä, jossa onnistumisesta koko järjestelmän palvelukyky ja palveluiden käytön tarkoituksenmukaisuus riippuvat.

Tässä olisi paljon haastetta kehittämistoiminnalle. Maassa ei ole todennäköisesti aivan edellä kuvatuilla periaatteilla toimivia palvelujärjestelmiä, vaikka pääpiirteet voivat monista palveluista kuitenkin löytyä. Kehittämishankkeiden pitäisi ryhtyä suunnittelemaan, kokeilemaan ja arvioimaan uusia yhdenmukaisiksi kaavailtuja toimintamalleja. Näistä malleista pitäisi välittää kokemuksia niille, jotka ryhtyvät kehittämistöimiin muita myöhemmin. Tätä ennen on ratkottava mielenterveyspalveluiden kuntalaskutukseen liittyviä kannustinongelmia, jotka johtivat aikanaan 1990-luvulla mielenterveystoimistotyön ”kunnallistamiseen”.

Kenttäkierroksella terveystakeskusjohto toivoi, että mielenterveyspalveluita voitaisiin vahvistaa ennen kaikkea palkkaamalla lisää mielenterveysalan koulutuksen saanutta henkilöstöä. Kun nostettiin esille ajatuksia siitä, että yleislääkäreiden ja ”yleishoitajien” pitäisi ottaa entistä laajempi rooli mielenterveys- ja päihdeasioissa, tämän merkitys kyllä myönnettiin, mutta asiasta ei oikein innostuttu. Koettiin, että kehitystä terveystakeskuksen vastuun ottamisen laajentamisen suuntaan estävät ajan puute sekä yleinen paine vastaanotolla. Näin syntyy pohja ristivedolle. Mielenterveystyön erityispalveluiden suunnasta toivotaan, että perusterveydenhuollon oma yleislääkäri- ja hoitajatyövoima voisi vastata entistä suuremmasta ja vaativammasta osasta työtä. Kentällä taas toivotaan, että voitaisiin palkata psykiatrian erikoissairaanhoitajia tekemään työtä. Päihdetyön sijoittumista terveysasemille tunnuttiin jonkin verran vierastettavan.

Lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden tilannetta ja kehitystä pidettiin erityisen pulmallisena. Koettiin, etteivät asioihin vihkiytymättömät oikein ymmärrä erityispalveluiden maailmaa.

Tässä luvussa ei ole yritettykään syventyä lasten ja nuorten mielenterveyspalveluiden kehittämiseen. Syy on se, että valtakunnallinen Remontti-hanke on varsin laajalla hankerintamalla kohdistamassa huomionsa juuri näihin palveluihin. On odotettavissa, että tämän hankkeen tuloksista seuraa aikanaan ehdotuksia ja odotuksia myös perusterveydenhuollon palveluiden kehittämiseksi ja virittämiseksi.

6.5 Perusterveydenhuollon työn ja toiminnan sisällön näkyväksi tekeminen tilastouudistuksen avulla

Terveystakeskusjohto ja tilastojärjestelmien uudistus on edennyt perusterveydenhuoltoa vahvemmin erikoissairaanhoidossa. Vanha, varsin passiivisena toiminut, poistoilmoitusrekisteri uudistettiin elektroniseen tiedonkeruuseen perustuvaksi HILMO-järjestelmäksi, jonka tiedot ovat saatavilla lyhyellä viiveellä vertailukelpoisissa muodoissa. HILMO-järjestelmän varaan on pystytty rakentamaan DRG-järjestelmänä tunnettuja sovelluksia, joita käytetään mm. tuotteistuksessa ja kuntalaskutuksessa. HILMO- ja DRG-järjestelmien avulla on myös kehitetty paljon arvokasta tietoa tuottava hoitotoiminnan tehokkuuden vertailutietokanta (benchmarking). Parhaillaan samojen tietojen varaan on rakennettu vaativaa hoidon vaikuttavuuden vertailututkimusta.

Perusterveydenhuollon tilastotiedon keruu on supistunut aikaisempien vuosikymmenin tasosta varsin niukaksi. Nyt kerätään yksinkertaista käyntipohjaista tietoa sekä erikseen ns. hoitotakuun toteutumisen seurantatietoa. Perusterveydenhuollon suunnasta on vaadittu jo vuosien ajan tilastojärjestelmän mittaavaa kehittämistä oman tilastouudistuksen avulla. Keskustelussa on vaadittu laajan avohoidon tilastouudistuksen toteuttamista siten, että perimmäisenä tavoitteena voisi olla sekä yksityissektorin että sairaaloiden poliklinikkatoiminnan tilastoiminen vertailukelpoisten mittareiden avulla.

Kansallisen terveydenhuoltoprojektin yhteydessä tehtiin päätös, että avohoidon tilastouudistuksen kehittäminen käynnistetään ja rahoitetaan Stakesin toimintana. Valmistelutyö on kohdistunut ensimmäisessä vaiheessa terveyskeskusten avohoidon toiminnan tilastotietojen sisällön suunnitteluun ja sisältökehitystä varten tarvittavien uusien luokitusten kehittämiseen. Vuosien 2007-2008 aikana on valmistunut koekäyttöön parhaillaan otettava tietojen luokituksen kokonaisuus. Siinä on periaatteena, että kaikista terveyskeskusten avohoidon käynneistä kirjataan aina silloin, kun tehdään kertomusmerkinnät, perusvalikoima tilastoitavia tietoja. Tiedot voidaan ryhmittää seuraaviin ryhmiin:

- käynnin perustiedot ja ”koordinaatit” (missä, milloin, kuka ammattihenkilö otti vastaan..., jne)
- tiedot käynnin syystä (käyttäen ICD10- tai ICPC-käyntisyyluokitusta, joiden välille on rakennettu ristiinviittaustaulukot)
- tiedot käynnillä toteutuneista erillisistä tutkimus- tai hoitotoimista, ”toimenpiteistä” (jota varten on rakennettu eri toimenpide- ja toimintoluokituksia yhdistellen uusi luokitus, nimeltään SPAT, Suomen perusterveydenhuollon avohoidon toimintoluokitus)

Nämä tiedot poimitaan tietojärjestelmiin tallentuvista tai tallennettavista tiedoista. Tavoitteena on, että tiedot syntyisivät mahdollisimman pitkälle varsinaisen kliinisen työn sivutuotteina. Toisaalta on tavoiteltu sitä, että käyttäen ns. rakenteista kertomusjärjestelmää, jossa kyseiset tiedot ovat keskeisiä aineksia, kertomusten käyttö ja tekstien tuottaminen muuttuisivat aikaisempaa systemaattisemmiksi. Tietoja voidaan myös käyttää jatkokehittelyn avulla toiminnan tuotteistamiseen. Tähän soveltuvia ohjelmistoversioita on jo kehitetty tai ollaan kehittämässä.

Perusterveydenhuollon tiedonkeruun ja tilastoinnin uudistus on mittava urakka. Ensin on varmistettava, että tietosisällöt ovat loogisia ja käyttökelpoisia ja että tietojen tekninen tallentaminen tai tallentuminen sujuvat mahdollisimman vähällä lisätyöllä. Jotta kuitenkin tarvittavaan lisätyöhön voidaan motivoida kiireisiä ja työnsä kuormittavaksi kokevia perusterveydenhuollon toimijoita, on pystyttävä demonstroimaan koottavalla tiedolla ja siitä saatavilla tiedon jalosteilla syntyvä hyöty. Odotetaan ja oletetaan, että hyötyjä saadaan käytännön kliinisessä työssä yksittäisten asiakkaiden tai potilaiden hoidossa, toiminnan ohjaamisessa ja arvioimisessa, hallinnollisessa ja kustannuslaskennan käytössä sekä tutkimustoiminnassa.

Uusien järjestelmien sisään ajon yhteydessä on paikallaan toteuttaa erilaista kokeilu- ja kehittämistoimintaa, joka ei rajoitu vain itse tietosisältöjen ja teknisten ratkaisujen testaamiseen, vaan tuottaa näkyville tulosta ja näyttöä koko toiminnan hyödyllisyydestä ja tulosten sovelluksista. On todennäköistä, että vapaaehtoisia osallistujia tähän toimintaan voidaan rekrytoida tarjoamalla mukana lähteille mahdollisuuksia käyttää hyväksi saatavaa tietoa ulkopuolisten asiantuntijoiden tukemana.

Kenttäkierroksen valossa edessä olevaa työmäärää saatetaan pitää suurempana kuin mitä todellisuus tulee olemaan. Tässä asiassa yliopistolliset perusterveydenhuollon yksiköt olisivat tärkeitä yhteistyökumppaneita, koska niillä on myös tutkimustyön kautta erityistä mielenkiintoa alueeseen.

Tilastouudistuksesta tuotteistamiseen

Perusterveydenhuollon palveluiden tuotteistaminen on noussut muutamassa vuodessa hyvin tärkeänä pidetyksi ja kysytyksi työkaluksi. Ajankohtaisin syy on se, että tuotteistamista tarvitaan perusterveydenhuollon toimintaa järjestettäessä muutoin kuin yhden kunnan omana toimintana, joko kunta- ja palvelurakennelain edellyttämien yhteistoiminta-alueiden kautta tai yksityisiltä palveluyrityksiltä hankittaessa. Tuotteistaminen liittyy myös viime vuosina käytyyn keskusteluun perusterveydenhuollon tuottavuuden heikkenemisestä. Tutkimukset, jotka osoittavat tuottavuuden heikkenemistä, on tehty yleensä hyvin yksinkertaisilla tiedoilla palvelusuoritteista, esimerkiksi laskemalla käynnit ja hoitopäivät. Palveluiden sisältö ja palvelusuoritteiden rakenteet ovat kuitenkin nopeasti muuttumassa. Yhtäältä palveluita tuotetaan aikaisempaa enemmän puhelinneuvonnan, hoitajien vastaanottojen yms. muodossa, jolloin seurauksena on lääkäriellä käyntien lukumäärän väheneminen. Samaan aikaan lääkäreiden työ kohdistuu aikaisempaa enemmän aikaa vievien ongelmien tutkimiseen sekä potilaan hoidon koordinaation tehtäviin, joita yksinkertainen suoritteiden kirjaaminen ei tavoita.

On paljon hyviä ja perusteltuja syitä kehittää perusterveydenhuoltoon toimiva ja toiminnan perusrakenteita ja -logiikkaa oikeilla ja oikeudenmukaisilla perusteilla kuvaava tuotteistamisjärjestelmä. Maassa on jo kehitetty APR-luokituksen nimellä tunnettu järjestelmä (www.apr.fi), joka perustuu yksittäisten käyntisuoritteiden painoarvojen määrittämiseen. Sama periaate on käytössä myös muissa maissa eikä liene ajateltavissa, että Suomeen rakennettava luokitus voisi perustua kovin erilaisille perustoille. On kuitenkin paikallaan muistaa, että perusterveydenhuollon työstä vain osa, laskentatavasta riippuen arviolta 60-80 %, on sellaista, joka voidaan yhdistää suoraan käynti- tai hoitopäiväkohtaisiin suoritteisiin. Pitkäaikaishoidossa, ennalta ehkäisyssä, palveluiden suunnittelussa, yhteistyöverkostoissa toimimisessa, koulutuksessa yms. on paljon tarpeellista toimintaa, jota ei voi luokitella tyydyttävästi asiakas- tai potilaskohtaisten suoritettietojen muodossa.

Maassa on käynnissä Pettu-hankkeen nimellä tunnettu kehittämistyö, jossa tavoitteena on niin ikään rakentaa perusterveydenhuollon tuotteistusjärjestelmää.

Sosiaali- ja terveysministeriö on linjannut KASTE-ohjelmassa, että sekä perusterveydenhuoltoon että vanhuspalveluihin rakennetaan tuotteistamisjärjestelmä ja että tällaisen järjestelmän pitäisi olla "public domain"-periaatteella koko kunnallisen palvelun kentän käytettävissä. Ratkaisuja siitä, kuinka asiassa tullaan lähiaikoina etenemään, ei ole kuitenkaan vielä tehty. Loogista on olettaa, että asiakas- tai potilaskohtaisiin toimintoihin perustuvat tuotteistamisjärjestelmät perustuisivat joka tapauksessa edellä kuvattuun Stakesissa tehtyyn terveyskeskusten avohoidon tilastojärjestelmien kehittämistyöhön. Kunnat, kuntayhtymät ja muut yhteistoiminta-alueet joutuvat kuitenkin odottamaan tämän kehittämistien tuloksia vielä muutaman vuoden ajan.

7 Perusterveydenhuollon organisoinnin ja rakenteiden kehittäminen

7.1 Perusterveydenhuolto haja-asutusalueilla kunta- ja palvelurakennemuutoksen jälkeen

Aikaa ja energiaa on käytetty uusien yhteistyösuhteiden ja -organisaatioiden luomiseen. Näihin käytettävältä ajalta ja energialta pitäisi nyt saada tilaa todellisuudessa uusien palveluiden tuottamisen rakenteiden ja toiminnallisten innovaatioiden kehittämiseksi. Kuntaliiton johdolla toimii jo tällä kentällä yhteistoiminta-alueiden yhteinen verkosto, jossa vaihdetaan kokemuksia ja opitaan uutta. Näitä kokemuksia olisi varmaankin tarpeen koota ja arvioida systemaattisesti ja selvittää, onko näissä aineksia laajaan levitykseen sopiviksi hyviksi käytännöiksi.

Uusien yhteistyömallien kannalta oli kiinnostavaa havaita, miten paljon uutta ajattelua ja innovatiivisia ratkaisuja on syntynyt Kainuun mallin myötä, ja miten myöhemmin samalle tielle lähteneet Päijät-Häme, Itä-Savo ja suunnitelmista päätellen myös Etelä-Karjala ovat orientoituneet uuden etsimiseen. On hyvin todennäköistä - ja maakuntakierroksilla tapasimme muutamien hyvin samankaltaisen innostuksen pohjalta uusia yhteistoiminta-alueiden toimintoja kehittäviä perusterveydenhuollon johdon edustajia - että vastaavia esimerkkejä saadaan uusien yhteistoiminta-alueiden joukosta.

Perusterveydenhuolto pitkien etäisyyksien maaseudulla

Perusterveydenhuoltoa ryhdyttiin aikanaan 1970-luvulla kehittämään painottamalla alkuvuosina valtakunnallisen voimavarojen ohjausta Itä- ja Pohjois-Suomen maaseutusterveyskeskuksiin. Näin syntyi perusterveydenhuollon varustus ja verkosto, joka oli ja on edelleenkin kansainvälisesti ainutlaatuisen korkeatasoinen. Jopa Suomen sisällä erot Itä- ja Pohjois-Suomen sekä esimerkiksi Varsinais-Suomen ja Satakunnan välillä muodostuivat selviksi. Jokaisen pienenkin kunnan terveysasema on Itä- ja Pohjois-Suomessa ollut perinteisesti pitkälle varustettu sekä palveluvalikoiman ja laitteiston että henkilöstön puolesta.

Nyt maaseudulla väestö vähenee ja asukkaiden ikärakenne vanhenee. Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden rekrytointivaikeudet koettelevat nyt kovimmin pieniä maaseutukuntia. Samaan aikaan julkiset liikenneyhteydet vähenevät, minkä seurauksena arkielämä ja asiointi muuttuvat pitkien etäisyyksien maaseudulla entistä vahvemmin autokuljetuksista riippuviksi.

Pohjois-Suomessa – samoin kuin esimerkiksi muiden pohjoismaiden pohjoisosissa ja esimerkiksi Kanadassa – on kehitetty erilaisia etäpalveluita, jotka perustuvat kuva-, ääni- ja tekstiyhteyksiin. Terveystieteiden huollon sovellukset ovat olleet tämän kehityksen kärjessä. Tänä päivänä etäavustustoiminnasta on jo muodostunut eräillä paikkakunnilla rutiinia. Käytännössä kaikilla Lapin ja Oulun läänin maaseutualueiden terveyskeskuksilla on telemaattisia palvelusovelluksia käytössä, joskin käyttö ja teknologisten välineiden kattavuus ovat vaihtelevia ja yleensä räätälöidysti toimintaan osallistuvien osapuolten rakentamia.

Pitkien etäisyyksien olosuhteissa ongelmat liittyvät pääasiassa ammattihenkilötyövoiman saatavuuteen, liikuteltavuuteen tai työn kohdistamisen kysymyksiin. Kunta- ja palvelurakennemuutoksen ensimmäisissä vaiheissa on luvattu maaseutukunnille, että lähipalvelut tullaan säilyttämään. On kuitenkin

kin osoittautumassa, että lupaus ei ainakaan helposti täyty siinä merkityksessä, että palvelut jatkuisivat muuttumattomina. Nyt joudutaan suunnittelemaan työntekijöiden liikkuvuutta lisääviä ratkaisuja sekä kehittämään erilaisia palvelubussityyppisiä konsepteja. Ammattihenkilöiden työtä on voitu tehdä maaseutukunnissa maakuntakeskuksesta käsin matkustamiseen perustuvana. Kuitenkin, jos sama työ muuttuu pitkäaikaiseksi tai pysyväksi, matka-aika ei sisälly työaikaan eikä matkakuluja voi ainakaan verovapaasti maksaa. Tämä johtaa puolestaan erilaisen työntekijälle korvausten ja ajankäytön puolesta edullisen keikkatyön lisääntymiseen, mikä puolestaan ei ole maaseutukuntien etu.

Tarvittaisiin kokonaisvaltaista toimintakonseptien kehittämistä sekä näihin liittyen jopa palvelussuhteen ehtojen, verokohtelun ja muiden pelisääntöjen tarkistamista.

Valtionvarainministeriö, Suomen Kuntaliitto ja FCG Efeko Oy toteuttavat parhaillaan vuosille 2008-2009 ajoittuvaa hanketta ”Pitkien etäisyyksien kuntien kuntalaislähtöiset palveluratkaisumallit 2015-2025”. Tässä hankkeessa on suuntauduttu erityisesti tuottamaan tukea niille kunnille, jotka jäävät kunta- ja palvelurakenneuudistuksessa perusterveydenhuollon palvelut edelleen itsenäisesti järjestäviksi etäisyyksien vuoksi. Mukana on viisi kumppanuuskuntaa ja 25 verkostokuntaa. Hanke kattaa laajan valikoiman kunnallisia palveluita sosiaali- ja terveystoimen lisäksi. Hankkeen käynnissä olevassa vaiheessa on tavoitteena hakea palveluiden järjestämisen perusratkaisuja. Suunnitteilla on jatkohanke, jonka avulla voidaan kokeilla ja syventää palveluissa toteutettavia teknisiä ratkaisuja ja järjestelyjä.

Kenttäkierroksella maaseutuolojen perusterveydenhuollon kehittämiseen kohdistui laajaa mielenkiintoa ympäri maata, Lounais-Suomen saaristoalueita myöten. Esille nousi monia erilliskysymyksiä, jotka ovat muuttumassa tai kasvamassa ongelmiksi. Esimerkiksi terveyskeskusten järjestämisvastuulla oleva työterveyshuolto on kehittynyt kaupunkipaikkakunnilla sekä Etelä- ja Keski-Suomessa aikaisempaa suurempiin ja usein liikelaitoksiksi muodostettuihin yksiköihin perustuvaksi. Tämän kehityksen ulkopuolelle on jäänyt alueita ja kuntia, joissa ei ole ollut liikelaitostyyppiselle toiminnalle riittävästi pohjaa eikä rahoitusta. Silti terveyskeskuksilla säilyy järjestämisvelvoite tilanteessa, jossa on erityisen vaikeaa saada tai pysyttää työterveyshuoltoon erityiskoulutettua henkilökuntaa. Kaupunkipaikkakunnilla terveyskeskukset ovat solmineet yleisesti erillissopimuksia, joilla ne hankkivat erityistason diagnostisia palveluita tai erikoissairaanhoidon avohoidon konsultaatioita. Näillä voidaan nopeuttaa palveluprosesseja tavanomaiseen sairaalan poliklinikoille lähettämiseen verrattuna. Samoja mahdollisuuksia ei ole pitkien etäisyyksien alueiden maaseututerveyskeskuksissa. Pitkien etäisyyksien haja-asutusalueilla jatkuu vielä ympärivuorokautinen terveyskeskuspäivystys muutamalla kymmenellä paikkakunnalla. Tämä tuo omia haasteitaan nykyaikaisen akuuttihoitoon turvaamiselle näissä oloissa. Osassa pitkien etäisyyksien takana olevissa kunnissa on lomakausina runsaasti lomailijoita, jotka kuormittavat päivystyspalveluita, mutta voivat – tai voisivat – parhaimmillaan myös merkitä mahdollisuuksia lisärahoitukseen kunnallisissa palveluissa.

Yhteistoiminta-alueiden maaseutu – kuinka PARAS -uudistuksesta lisäarvoa?

Maassa on vuoden 2009 alussa 348 kuntaa. Näistä lähes 300 on – tai tulee olemaan – mukana perusterveydenhuollon järjestämisen yhteistoiminta-alueissa jossakin muodossa. Parin viime vuoden aikana huomio ja voimat on keskitetty yhteistyökumppanuuksien rakentamiseen. Nyt on haasteena palveluiden järjestäminen niin, että yhdistetyistä rakenteista saadaan tavoiteltu hyöty.

Kuten aikaisemmin jo todettiin, perusterveydenhuollon kentällä on lupaavia merkkejä siitä, että kunta- ja palvelurakenneuudistuksen myötä syntyneet uudet ja myös uudenlaiset organisaatiot ovat hyvin motivoituneita arvioimaan ja suunnittelemaan palveluidensa rakenteet ja toimintamallit uusiksi. Kehittämistoiminnan avulla pitäisi ryhtyä varmistamaan, että parhaillaan syntyvistä ratkaisuista ja innovaati-

oista levitetään tehokkaasti tietoa niin, että lisäarvoa saadaan koko maahan kehittämisen kärkihankkeiden ulkopuoliinkin terveyskeskuksiin.

Lisäarvon etsiminen palveluiden järjestämisestä yli kuntarajojen voi olla vaikeaa, koska vuosikymmenien ajan totuttiin katselemaan päinvastaiseen suuntaan. Vuoden 1993 alusta toteutunut hajautettu ohjaus- ja valtionosuusjärjestelmän kannusti mahdollisimman pitkälle menevään kunnan autonomiaan tai suoranaiseen kuntaitsekkyyteen. 2000-luvulla ryhdyttiin valtakunnallisten aloitteiden, erityisesti tuolloin STM:n ylijohtajana toimineen Jussi Huttusen järjestämien koko maan kattaneiden seminaarien, avulla herättelemään kuntia seudulliseen yhteistyöhön. Huttusen tavoitteena oli, että koko terveydenhuolto olisi voitu fuusioda yli erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon rajan toiminnallisiksi kokonaisuuksiksi. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhdistäviä organisaatioratkaisuja oli syntynyt maahan aluesairaala- ja paikkakunnille jo 1990-luvulla, ja 2000-luvulla näitä syntyi vielä muutama lisää. Näistä ei ole kuitenkaan tullut valtaratkaisuja suurille kaupungeille tai niiden lähialueille.

Palveluiden järjestämistä kunta- ja palvelurakennemuutoksen muodostamalle uudelle pohjalle järjestettäessä yhteistoiminta-alueet ovat usein halunneet määritellä, miten palvelut sijoittuvat lähipalveluiksi ja yhteisesti järjestettäväksi palveluiksi. Vaarana on, että yhteisesti järjestettävien palveluiden valikoima ja merkitys jäävät vähäisiksi kuntien pitäessä viimeiseen asti kiinni oman kunnan alueelle aikanaan sijoittuvista palveluista. Jos palveluiden käyttäjä joutuu matkustamaan naapurikuntaan, koetaan, että palvelutaso on huonontunut. Arvioihin ja valintoihin vaikuttavat lisäksi laskelmat siitä, mihin työntekijät asettuvat asukkaiksi ja veronmaksajiksi.

Tässä luvussa käsitellyistä aiheista rakentuu kahteen kehittämissuuntaan osoittava hankekokonaisuus. Yhtäältä pitäisi kehittää pienten kuntien ja pitkien etäisyyksien maailmaan palveluja, joiden avulla lähipalveluita tai niitä aidosti korvaavia etäpalveluita voi saada omalla paikkakunnalla. Toisaalta pitäisi olla kaukonäköisyyttä rakentaa palveluista sellaisia kokonaisuuksia, jotka voidaan taloudelliset ja henkilöstöön liittyvät realiteetit mielessä pitäen pitää yllä myös haja-asutusalueilla ja yhteistoiminta-alueiden palveluissa. Kyseeseen voivat tulla myös uudenlaiset kunnallisten palveluiden ja yksityiseltä sektorilta hankittavien ostopalveluiden yhdistelmät, joihin ei ole vielä totuttu.

Hahmotettavan hankkeen kumpikin etenemishaara sopisi jatko- ja täydennyshankkeeksi Kuntaliiton hankkeelle ja yhteistoiminta-alueiden verkostotyöskentelylle. Nyt käynnissä olevissa hankkeissa ja työskentelyssä määritellään ja kehitellään hallinnollisia ratkaisuja. Jatkoksi tarvittavissa hankkeissa pitäisi puuttua rohkeasti palveluiden järjestämistapoihin ja syntyvään palveluverkkoon.

7.2 *Urbanin perusterveydenhuollon kehittäminen*

Terveyskeskusten kehittäminen aloitettiin aikanaan maaseudulta maan itäisissä ja pohjoisissa osissa. Jälkikäteen voidaan arvella, että yksi selitys työpaikkaterveydenhuollon kehittymiselle kaupunkilaisten tärkeäksi avosairaanhoidon paikaksi, oli juuri kaupunkiterveyskeskusten hidas kehitys ja puutteellinen palvelukyky vuosien ajan 1970-luvulla. Kaupunkipaikkakunnilla on tunnetusti ollut tarjolla ja käytössä vaihtoehtoisia perusterveydenhuollon palveluja työpaikkaterveydenhuollon tai yksityisten palveluiden muodossa. Vaihtoehtojen olemassaolo on merkinnyt vuosien mittaan valitettavasti myös omia seurauksiaan terveyskeskuspalveluiden merkitykselle ja arvostukselle.

Suurimmissa kaupungeissa on ollut käytännössä kaikissa omaa kaupunginsairaala-pohjaista erikoissairaanhoidtoa. Sitä on asemoitu kaikkialla uudelleen yhtäältä saman kaupungin keskussairaalan ja kaupungin oman avohoidon ja sairaalahoidon suuntiin. Muutokset ovat olleet usein vaikeita toteuttaa. Kaupunkipaikkakuntia patistettiin vielä 1980-luvun lopulla rakentamaan nimenomaan terveyskeskussairaalatyyppistä pitkäaikaishoidon kapasiteettia, jotta voitaisiin löytää oikeat hoitopaikat erikoissairaanhoidon sisätautiosastoilla jatkohoidtoa odottaville potilaille. Muutama vuosi myöhemmin käynnistyi 1990-luvun palvelurakenneprojekti, jolla pyrittiin korvaamaan laitospaikkoja kotihoidolla ja palveluasumisella.

Suurten kaupunkien avosairaanhoidon vastaanotto toiminta on ollut tunnetusti ongelmallista järjestää. Kaupunkipaikkakunnilla totuttiin suurten volyymien päivystyspalveluihin, tavallisten vastaanottoaikojen huonoon saatavuuteen ja yleisesti ottaen maaseutua paljon vaatimattomampaan terveyskeskuspalveluun. Vastaanotto toiminnan kehittämisessä väestövastuiset ja aluepohjaiset ratkaisut levisivät 1990-luvulla suurissa kaupungeissa nopeasti. Käytännössä kaikki suuret kaupungit organisoivat toimintonsa alueellisille pohjille ja perustivat kaupunginosa- tai lähiökohtaisia terveysasemia. Näiden mallien suosio loppui yhtä nopeasti kuin syntyikin vielä 1990-luvun lopulla tai viimeistään 2000-luvun alkuvuosina. Omalääkärijärjestelmällä saatiin aikaan monissa kaupungeissa suurten harppausten edistysaskelia. Valitettavasti nämäkään kehitykset eivät ole monissa kaupungeissa olleet pitkäaikaisesti pysyviä. Uusimmaksi ongelmaksi on muodostumassa monista kaupungeista raportoitu huomio, että nuoret lääkärit eivät ole valmiita terveyskeskustyöhön tullessaan ottamaan omalääkärijärjestelmään kuuluvaa listavastuuta potilastyössä. Monissa kaupungeissa on palattu suurten pääterveysasemien aikaisempaa anonyymimpiin palveluihin. Yhdessä myös suuriin kaupunkeihin osuvan lääkärityövoiman vajauksen tai vilkkaan vaihtuvuuden kanssa seurauksena kaikesta tästä on ollut avosairaanhoidon palvelukyvyn ja suorastaan palveluiden laadun heikkeneminen. Vastapainoksi on kehitetty puhelinpalvelua, hoitotyön vastaanotto toimintaa ja erilaisia erityisvastaanottoja tai -palveluita, mutta kokonaisuudessaan kehitystä ei voida pitää rohkaisevana.

Yksi suurten kaupunkien palveluolaja muokannut kehitys on ollut varmaankin erikoissairaanhoidon kanssa yhdessä järjestettyjen päivystyspalveluiden syntyminen ja muotoutuminen. Yhteispäivystyksissä on onnistuttu varsin pitkälle pyrkimyksissä palauttaa päivystyspalvelu alkuperäiseen tehtäväänsä antamaan apua äkillisesti sairastuneille tai vammautuneille. Konkreettisesti tämä keskittyminen näkyy päivystykseen pyrkivien luokittelussa ns. TRIAGE-menettelyn avulla kiireellisyysluokkiin. Tulija voi saada luokituksen E, jonka sanallinen tulkinta on suorasukainen: ”ei kuulu tänne tänään”. Myös ”lievemmän” luokituksen D saaneet huomaavat venyvistä odotusajoistaan, etteivät he ole tärkeysjärjestyksissä ensisijaisia. Niiden, jotka eivät ole yhteispäivystyksessä saamassa apua kiireellisissä merkeissä, pitäisi uuden ajattelun mukaan käyttää arkinen virka-aikana tavallisten terveysasemien palveluita. Tämä puolestaan merkitsee terveysasemille uusia haasteita ja kysyntäpaineita, kun päivystysvaihtoehtoa ei voikaan käyttää ratkomaan palveluiden riittävyyden ongelmia. On aivan ilmeistä, että tästä muutoksesta on seurannut terveysasemien vastaanotto työtä tekeville lisää kuormaa, johon ei ole osattu useinkaan varautua.

Päivystyspalveluiden muutos on myös kiinnittänyt huomiota päivystysvastaanotoille kaupunkipaikkakunnilla ilta- ja viikonloppuaikoina hakeutuvien ikääntyneiden pitkäaikaissairaiden ja päihdeongelmaisten asioihin. Kummallekaan näistä ryhmistä akuuttipäivystys ei ole oikea hoitopaikka, ellei satu olemaan todella äkillistä sairautta tai vammaa. Ikääntyneiden ongelmien selvittelyjen ruuhkautumista on lisännyt siirtymä aikaisemmista laitoshoidon muodoista palveluasumiseen, jossa terveydenhuoltoalan ammattilaisten avun saaminen voi olla aikaisempiin vaihtoehtoihin verrattuna rajoitetumpaa. Kaupunkipaikkakunnat joutuvatkin nyt rakentamaan keskitettyjen päivystyspalveluiden rinnalle uusia

vaihtoehtoisia palveluja sekä ikääntyvien ongelmien pahenemisen selvittelyjä ja myös päihdeongelmaisia varten.

Suurissa kaupungeissa näkyy varsin voimakkaasti maan kehitys kohti monikulttuurista Suomea. Konkreettisimmillaan seuraukset ovat tulkkipalveluiden tarpeen nopea kasvaminen sekä erilaiset kulttuuristen kysymysten huomioon ottamisen tarve itse toiminnassa.

Kaupunkien sisällä tapahtuu sosiaalista eriytymistä, jonka seurauksena syntyy hyvin toimeen tulevien kaupunginosia ja moniongelmaisia kaupunginosia. Esimerkiksi Helsingin terveyskeskuksessa raportoidaan esiintyvän suuria rekrytointivaikeuksien haasteellisimpien väestöjen kaupunginosissa, mutta näitä ei esiinny vauraammilla asuntoalueilla. Terveysongelmien joukossa lisääntyvät muuta maata kärkeistyneemmin samat ongelmat, joiden tiedetään olevan suomalaisten yleistäviä ongelmia tulevaisuudessa: psykososiaaliset ongelmat, päihteiden käyttöön ja ihmissuhteisiin liittyvät ongelmat sekä ikääntyneiden sairauksiin ja itsenäiseen toimintakykyyn liittyvät ongelmat. Ikääntyneiden palveluiden käytössä ei voida rakentaa yhtä paljon sosiaalisten verkostojen varaan kuin maaseutukirkonkylissä. Kaupunkipaikkakunnille muuttaa eläkevuosiaan viettämään paljon hyväkuntoisia seniorikansalaisia, joista palvelujärjestelmä saattaa kuulla ensimmäisen kerran, kun he ovat vaille jatkohoitoa paikkaa vakavan sairauden tai tapaturman jälkeen.

Kaupunkipaikkakuntia tulevat koskemaan eniten hahmotellut hoitopaikkojen vapautuvan valinnan mukanaan tuomat ongelmat. Kuinka voidaan varautua hoitopaikkojen valinnan vinoutumisiin, jos kaikki haluavat parhaimmiksi havaitsemiensa terveysasemien tai lääkäreiden hoitoon? Mitä seuraa kuntarajat ylittävistä hoitopaikkojen valinnan vapautumisesta kaupunkipaikkakunnille?

2000-luvun taloudellisesti vahvoina vuosina kaupunkipaikkakuntien palvelut ovat kehittyneet monipuolisiksi ja laadukkaiksi edellä kuvailluista ongelmista huolimatta. Verotulojen väheneminen johtaa palvelujärjestelmän sisäisiin kilpailuasetelmiin erityisesti kaupunkipaikkakunnilla. Erikoissairaanhoidon käyttö ja kustannuskehitys ovat keskussairaaloiden sijaintipaikkakunnilla heikosti perusterveydenhuollon toimien avulla ohjaittavia. Pitkäaikaishoidossa on vähän liikkumavaraa ns. sakkopäivämaksujen ja ikäihmisten määrän nopean kasvun vuoksi.

Suuret kaupungit eivät kuitenkaan ole vain paikkoja, joissa ongelmat ja haasteet tiivistyvät. Niillä on myös väestöpohjan ja toimintaorganisaatioittensa koon vuoksi sellaisia mahdollisuuksia, joita pienillä paikkakunnilla ei ainakaan tarkoituksenmukaisuus- tai taloudellisuussyistä ole. Kaupunkipaikkakunnilla on voitu kehittää erityispalveluita tai kapeidenkin perustehtävien kotisairaalapalveluita. Näillä paikkakunnilla on tarjolla laaja valikoima erikoissairaanhoidon palveluita sekä muita erityispalveluita, joita kaupungit voivat halutessaan käyttää täydentämään kunnallisesti järjestettäviä palveluita.

Suurilla kaupungeilla on vahvuutenaan myös oma palveluiden kehittämistoiminnan perinne ja kehittämisen ja siinä tarvittavan osaamisen voimavarat. Nämä ovat suuntautuneet pääasiassa kaupunkien omien ongelmien analysointiin ja ratkomiseen.

Kenttäkierroksella kävi ilmi, että useimmat suuret kaupungit ovat aktiivisia toimintojensa tutkijoita ja kehittäjiä. Ne eivät kuitenkaan ole ensisijaisesti hakemassa ulkopuolista rahoitustukea kehittämistoimiinsa, vaan pitävät luonnollisena omavaraisuuttaan. Perusterveydenhuollon kehittämisessä suurten kaupunkien painoarvo on suuri. Esimerkiksi kymmenessä suurimmassa kaupungissa yhteensä asuu noin kaksi viidennestä suomalaisista. Jos tämän väestöosan kunnalliset avosairaanhoidon palvelut, pitkäaikaissairaiden hoitoketjut tai muut kriittiset kohdat palveluissa toimivat epätydyttävästi, kyse on valtakunnallisen tason ongelmista, joihin on paikallaan tarjota valtakunnallista ratkaisutukea. Suurten kaupunkien ongelmat levittäytyvät myös omilla aikatauluillaan muille paikkakunnille. Esimerkiksi

tulkkipalveluissa on jouduttu suurten haasteiden ja kasvavien haasteiden eteen. Tulkkipalveluissa kannattaisi ilman muuta hakea yhdeksi ratkaisutiekse etätulkkipalveluja, jotka ratkaisisivat etenkin harvinaisten kielten tulkkauksen ongelmia.

Suurten kaupunkien terveysjohto on pitänyt yhteyttä vertailujen muodossa jo vuosien ajan. Puhutaan ns. sixpack-vertailuista. Kustannuksia ja suoritteita on vertailtu Kuntaliiton erillistilastoilla jo laajenevassa joukossa maan kaupunkeja.

Arviomme mukaan maassa kannattaisi käynnistää valtakunnallisesti koordinoitua arvioinnit suurten kaupunkien perusterveydenhuollon ongelmista rakentaen luonnollisesti aikaisemman kehittämis- ja vertailuyhteistyön varaan.

7.3 Perusterveydenhuollon vertikaalinen ja horisontaalinen yhteistyö ja integraatio

Vertikaalisella yhteistyöllä ja integraatiolla tarkoitetaan suomalaisessa portaittaiseksi järjestetyssä terveydenhuollossa perusterveydenhuollon suhdetta erikoissairaanhoidon. Horisontaalinen yhteistyö ja integraatio voitaisiin periaatteessa määritellä hyvinkin laveasti, esimerkiksi suhteessa muihin kunnallisten palveluiden sektoreihin, ennen kaikkea sosiaalitoimeen, mutta myös opetus-, liikunta-, kulttuuri ja valikoitujen kysymysten kannalta myös tekniseen toimeen. Tärkein ja viime vuosikymmeninä aktiivisin yhteistyörintama on ollut kuitenkin suhde sosiaalitoimeen.

Kansainvälisesti vertikaalinen yhteistyö ja integraatio ovat tuttuja ja ajankohtaisia kysymyksiä terveyspalvelujärjestelmissä. Kaikissa järjestelmissä on kiinnostuttu esimerkiksi perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon suuntautuvasta konsultoinnista ja lähettämisestä sekä vastavuoroisesti saatavasta palautteesta. On tehty kansainvälisiä tutkimuksia ja selvityksiä siitä, missä eri maissa kulkee raja perusterveydenhuolloksi ja erikoissairaanhoidoksi luettavan toiminnan ja palveluiden välillä.

Yhteistyö ja integraatio sosiaalitoimen kanssa

Yhteistyö ja integraatio sosiaalitoimen kanssa ovat kansainvälisessä valossa ennen kaikkea Pohjoismaiden ja Ison-Britannian järjestelmissä ajankohtaisia. Ruotsissa sosiaali- ja terveystoimi ovat erilliset, mutta maassa on erillisillä lainsäädäntö- ja hallintotoimilla siirretty palvelukokonaisuuksia suurelakin vaivalla rajan yli. Esimerkiksi vanhuspalvelut siirrettiin ns. Ädelreformen kautta peruskuntiin, samoin pitkäaikaisesti psyykkisesti sairaiden ja eräiden vammaisryhmien asumispalvelut. Näillä toimilla tavoiteltiin aikaisempaa parempaa yhteistyötä ja integraatiota. Norjassa ja Tanskassa on ollut kunnallisissa palveluissa omanlaisensa sosiaali- ja terveystoimen integraatio, joskin Tanskassa yleislääkäripalvelu on toteutettu tästä erillisenä sopimus pohjaisesti. Samoin Norjassa yleislääkäritoiminta siirrettiin yhden mallin pohjalta 2000-luvun alussa. Sitä ennen maassa oli kunnallisessa palvelussuhteessa yksityislääkäripohjalta toimineita yleislääkäreitä. Näistä kunnallisissa tehtävissä toimineet olivat tiiviissä yhteydessä kunnallisiin sosiaalipalveluihin. Ison-Britannian yleislääkäripalvelua on laajennettu 1990-luvulta alkaen tekemällä mahdolliseksi nimikkeen community care alaisuuteen kuuluvien palveluiden kytkeminen yleislääkäripalveluihin. Mukana tulee tällöin sosiaalityön, päihdehuollon, vammaispalvelun ja mielenterveyshuollon pitkäaikaishoidon palveluita.

Suomessa on tapahtunut kummassakin suunnassa hallinnollisia integroitumiskehityksiä jo 1970-luvulta alkaen. Lisäksi maassa on ollut yksittäisten suurten kaupunkien hallinnon alaisuudessa koko-

naisia erikoislääkärijohtoisia sairaaloita ja näiden poliklinikkapalveluita. 1970-90-lukujen suunnittelu- ja valtionosuusjärjestelmä ohjasi kuitenkin sosiaali- ja terveystoimen kehittymään omilla pohjillaan. Samoin pidettiin alun perin tärkeänä, että perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito ovat omat kokonaisuutensa. Tämä näkyi aikanaan mm. siinä, että terveyskeskusten rakennukset neuvottiin alun perin sijoittamaan erikoissairaanhoidon sairaaloista erilleen, joskin jo 1980-luvulta alkaen ryhdyttiin yleisten synergiaetujen nimissä suosimaan samoille tonteille sijoittumista. Yhteisiksi toiminnoiksi sopivat monet tukipalvelut ja ajan myötä myös laboratorio- ja röntgenpalvelut. Silti kehityksen valtavirta piti toimialoja erillään.

Sosiaali- ja terveystoimi yhdistettiin hallinnollisesti kolmessa kaupungissa (Kerava, Kotka ja Lappeenranta) jo 1970-luvulla. Jälkikäteen arvioiden voitaneen todeta, ettei hallinnollinen yhdistäminen johtanut alkuvuosina kovinkaan määrätietoiseen toiminnalliseen integraatioon. Silti tie myöhempään toiminnalliseen integraatioon on ollut näissä kaupungeissa mutkattomampi kuin muissa keskimäärin. Perusterveydenhuollon järjestäminen kuntayhtymäpohjalta on pitänyt perustason sosiaali- ja terveystoimen hallinnollisesti erillään aivan viime vuosiin asti yli puolessa maan kunnista. Kunta- ja palvelurakennemuutos käänsi määrätietoisesti kehityksen suunnan, kun uudistuksen puitelaisa edellytettiin, että perusterveydenhuolto ja siihen läheisesti liittyvät sosiaalipalvelut pitää järjestää yhdessä laissa määritellyille väestöpohjille, ja että järjestämispohjana tulee olla joko kuntayhtymä tai isäntäkuntamalli.

Ennen PARAS-lainsäädäntöä sosiaali- ja terveystoimen yhteistyötä ja integraatiota on kehitetty ja kokeiltu erällä palvelusektoreilla – ennen kaikkea vanhusikäisten kotisairaanhoidon ja kotipalvelun yhdistämisessä kotihoidoksi – sekä 1990-luvun alun pyrkimyksissä organisoida kaupunkipaikkakuntien sosiaali- ja terveystoimen palvelut pienaluepohjaisesti ja mieluummin sosiaali- ja terveystoimen yhteisten työryhmien toiminnaksi. Viimeksi mainittu kehitys mureni omiin ristiriitaisuuksiinsa varsin nopeasti. Kotihoidon integraatio on tullut jäädäkseen. Maasta ei varmaankaan löydy kuntaa, jossa kotisairaanhoitoa ja kotipalvelua ei olisi pyritty saattamaan vähintään jonkinlaisilla yhteistyön kehittämistoimilla tiiviiseen yhteistyöhön. Se, mitä kaikkea tällä ponnistelulla on saatu aikaan, onkin jo varsin kirjava kehityskertomus, mutta muutos esimerkiksi 1990-luvun puolivälistä nykypäivään on mittava ja varmaan hyvin hyödyllinen.

Kotihoidon järjestämistä mutkikkaammaksi on osoittautunut yhteistyön ja integraation löytyminen ns. psykososiaalisissa palveluissa. Näillä tarkoitetaan aikuisikäisistä puhuttaessa yleisimmin erilaisten mielenterveyspalveluiden ja päihdepalveluiden yhteistyötä ja jopa yhdistämistä. Lasten ja nuorten palveluissa mukana on sosiaalihuoltolain pohjalta järjestettävä perheneuvonta ja kasvavassa määrin koko lastensuojelu sekä erilaiset tämän ikäryhmän terveystoimen palvelut alkaen neuvolapalveluista. Palveluiden arvopohjissa, orientaatioissa ja työmenetelmissä olevat erot ovat tehneet ainakin integraatiosta vaikean. Psykososiaalisissa palveluissa tiedon välittymisen ja tietosuojan kysymykset ovat erityisen arkaluonteisia ja mutkistavat yhteistyön käytännön muotoja.

2000-luvulla sosiaali- ja terveystoimen integroitumisen kärkikysymykseksi on varmaankin noussut kysymys sosiaali- ja terveystoimen hallinnon kokonaisratkaisusta. Haastajaksi on noussut ns. elämäntoimintamalli. Sillä tarkoitetaan joko palveluiden järjestämisen tai tuottamisen – tai molempien – organisointia ensisijaisesti ikäryhmien tai elämäntahon mukaisesti. Perusratkaisu on ryhmittää palvelut 1) lasten, nuorten ja mahdollisesti lapsiperheiden palveluiksi, 2) työikäisten palveluiksi ja 3) ikääntyneiden tai vanhusten palveluiksi. Joissakin tällaiseen jakoon siirtyneissä organisaatioissa on päätetty pitää terveydenhuollon joitakin palvelualoja, esimerkiksi sairaalatoiminta tms. omina yksikköinä. Elämäntoimintamallin mukaisia organisaatoratkaisuja on käytössä kymmeniä ja suunnitteilla useita. Näitä on toteutettu yksittäisissä kunnissa (esimerkiksi Mikkeli, Leppävirta, Lapinlahti) sekä myös kuntayhty-

missä (esimerkiksi Itä-Savon sosiaali- ja terveyspiiri, Kainuun maakunnan sosiaali- ja terveydenhuolto). Uutena virityksenä elämäntapaorganisaatio on rakennettu sisään eräiden kaupunkien tilaaja-tuottaja-malleihin (esimerkiksi Oulu, Tampere ja vuoden 2009 alusta kuntaliitoksen myötä uudelle pohjalle laajentuva Hämeenlinna).

Yhteistyö ja integraatio erikoissairaanhoidon kanssa

Maassa on viritelty 2000-luvun alusta lukien keskustelua erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon suoranaisestä yhdistämisestä. Nämä kysymykset olivat taustalla, kun käynnistettiin aikanaan kansallisen terveydenhuoltoprojektin selvitystyöt. Projektin tuloksena ei esitetty yhdistämistä, mutta esitettiin kuitenkin yhtenä merkittävänä integraation askeleena aluesairaaloitten liittämistä joko emokeskussairaaloittensa osiksi tai integroimista paikkakuntansa perusterveydenhuoltoon. Yhteensä 10 aluesairaalaan tunnettua sairaalaa on siirtynyt alueensa perusterveydenhuollon kanssa saman hallinnon alaisuuteen (Forssa, Iisalmi, Imatra, Jokilaakson sairaala Jämsässä, Kemijärvi, Malmin sairaala Pietarsaaressa, Pieksämäki, Raahe ja Varkaus) ja Mäntän sairaala Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin terveydenhuoltoalueeksi. Kansallisen terveydenhuoltoprojektin suosituksissa puhuttiin ensimmäistä kertaa myös virallisella tasolla terveydenhuoltopiiristä, jolla tarkoitetaan kokonaisen sairaanhoitopiirin ja sen alueen perusterveydenhuollon toimintojen liittämistä yhteen. Kainuun maakuntaan on syntynyt terveydenhuoltopiiriä vastaava organisaatio, samoin Itä-Savon sairaanhoitopiirin pohjalle ja Päijät-Hämeeseen, jossa perusterveydenhuollon järjestämisessä on kuitenkin mukana vain osa sairaanhoitopiirin jäsenkunnista.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon suhteen järjestämisessä odoteltiin kesään 2008 asti terveydenhuoltolaitosryhmän esitystä uudeksi laiksi ja siihen sisältyviksi periaatteiksi. Työryhmä ehdottaakin tällä kohdin, että erikoissairaanhoidon voidaan järjestää joko entiseen tapaan organisoituvan sairaanhoitopiiriin tai perusterveydenhuollon saman katon alle sijoittavan terveydenhuoltopiiriin pohjalta. Sairaanhoitopiiriin väestöpohjalle esitettiin minimikooksi 150000 asukasta. Terveydenhuoltopiirit toimisivat erikoissairaanhoidossa sairaanhoitopiirien tapaan, mutta erikoissairaanhoidossa niiden palveluiden valikoima ja rakenne alistettaisiin jollakin tavalla alueen ns. miljoonapiiriin ohjausvallan alle. Tätä kirjoitettaessa odotellaan mietinnöstä ja siitä annetuista lausunnoista seuraavia askelia. Irrallaan näistä hallinnollisista kehityksistä on nostettu esiin erikoislääkärinpalveluiden sijoittaminen terveyskeskuksiin keinona perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. Lakia valmistellut työryhmä ei ole esittänyt keinoja tai menettelyjä, joilla erikoislääkärinpalveluita tulisi tuottaa terveyskeskuksissa muutoin kuin mahdollisesti tavalliselta ostopalvelupohjalta.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä ja integraatiota voidaan toteuttaa joko erillisten organisaatioiden välillä tai hallinnollisesti yhdistettyjen organisaatioiden sisällä. Maassa on rakennettu 2000-luvulla runsaasti käytännön yhteistyön ja työnjaon linjaaviksi työvälineiksi "hoitoketjuja". Termi hoitoketju näyttää olevan kentän käytössä sisällöltään monimerkityksinen. Toiset tarkoittavat sillä erilaisten rinnakkain tai jopa vaihtoehtoisten käytettävissä olevien hoitomahdollisuuksien ja hoidossa toimivien tahojen kuvaamista. Toiset taas liittävät hoitoketjun tarkoittamaan aikaulottuvuudella tapahtuvia prosesseja, joissa palveluiden käyttäjä hakeutuu ensin esimerkiksi perusterveydenhuollon tutkimuksiin, päätyy sieltä jatkotutkimuksiin ja hoitoon erikoissairaanhoidon ja palaa lopulta peruspalveluissa tarjottavaan jatkohoitoon. Hoitoketjuja suunniteltaessa tai niistä sovittaessa on itse asiassa kyse menettelyistä, työnjaoista, lähettämiskriteereistä yms. ketjujen toiminnan kysymyksistä sopimisesta. Kenttäkierroksen antama kuva hoitoketjuista oli varsin kirjava. Joillakin alueilla oli nähty tavattomasti vaivaa ja rakennettu hoitoketjudokumentteja perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja mahdollisesti tutkitun tiedon mukaan tuojien yhteistyönä. Toisilla paikkakunnilla perusterveydenhuolto piti hoitoketjuja erikoissairaanhoidon ilmoitusluonteisina ohjeina siitä, kuinka erikoissairaan-

hoitoon haluttaisiin potilaat ohjattavaksi ja kuinka ripeästi heidät pitäisi saattaa aikanaan jatkohoitoon. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yleislääketieteen vastuuyksikössä oli päätelty, että pelkkä hoitoketjujen laatiminen ja tuottaminen hyllyihin tai internetiin eri riittä, vaan tarvitaan tehokasta jalkauttavaa työtä ja koulutusta. Yksikkö onkin ollut jalkauttamistyössä varsin aktiivinen.

Hoitoketjujen toiminnan kriittinen kysymys on, kuinka hyvin kotiuttamisessa onnistutaan silloin, kun kyse ei ole rutiininomaisesta siirtymisestä hoidosta pois. Kotiuttamisen suunnittelun ja varmistamisen tehtäviin on palkattu osassa sairaanhoitopiirejä erillisiä kotiuttamistyöryhmiä tai perustettu jopa kotiuttamis- tai jatkohoito-osastoja, joiden vahvuutena ja tulostavoitteena on pitkäaikaisesti kotiuttamisessa onnistuminen.

Perusterveydenhuollolla ja erikoissairaanhoidolla on jo vuosikymmenien ajan ollut yhteisiä tukipalveluja, esimerkiksi laboratorio- tai kuvantamisdiagnostiikan alueella. Varsinaisen kliinisen yhdistetyn työn viime aikojen kriittinen koetuskenttä on varmaankin yhteispäivystys, jossa kumpikin osapuoli toimii pääperiaatteessa yhteisissä tiloissa, mutta pyrkien huolehtimaan kumpikin omista perustehtävistään. Joissakin sairaaloissa päivystysyksikössä on yhteinen tarkkailuosasto, joissakin myös vajaan vuorokauden mittaista tarkkailuosastohoitoa pitempää sairaalahoitoa tarjoava yhteinen päivystysosasto tai vastaava. Yhteisiä poliklinikoita, joissa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito työskentelisivät rinnakkain, ei kovin paljon ole, tai kyse on tällöin perusterveydenhuollonkin sisällä olevasta erikoispoliklinikasta.

Uuden terveydenhuoltolain ja Toimiva terveyskeskus -ohjelman näkyviä kehittämistavoitteita ovat erikoissairaanhoidon palveluiden liittäminen aikaisempaa tiiviimmin perusterveydenhuoltoon ja näiden palveluiden saattaminen saataville jopa perusterveydenhuollon yksiköissä. Näistä ehdotuksista keskusteltiin kenttäkierroksen tilaisuuksissa vilkkaasti. Terveyskeskusten johdossa tuli esille näihin esityksiin kahdenlaista suhtautumista. Toisten mielestä jo nyt on useimmilla paikkakunnilla hyvät mahdollisuudet rakentaa perusterveydenhuollon avuksi haluttava määrä konsultaatio- ja diagnostiikkapalveluja ostopalvelupohjalta, jos vain on irrotettavissa tähän tarkoitukseen varoja. Ostopalveluina palvelut hankkiva voi odottaa saavansa erikoissairaanhoidon poliklinikkapalvelua nopeamman ja joustavamman palvelun sekä varsin varmasti hoitopalautteen lähettävälle lääkärille. Jos palautetta ei kuulu, ostopalveluiden tuottajan voi vaihtaa – toisin kuin erikoissairaanhoidon poliklinikan kanssa toimittaessa. Joidenkin erikoislääkäreiden palvelut voidaan haluttaessa järjestää saataviksi terveyskeskusten tiloissa, mutta joillakin erikoisalioilla erityisvälineitä ei kannata hankkia terveyskeskukseen eikä kuljettaa mukana. Tällöin palvelut on järkevää tuottaa erikoislääkärin omalla vastaanotolla. Näin voidaan siis toimia, mutta mitään uutta tai mullistavaa ei ole toiminnan laajentamisella saatavissa. Moni arvioi tällaisen suoran ostopalvelutoiminnan vaihtoehdon käytön lisäävän kokonaiskustannuksia, koska ostopalvelu ei välttämättä vähennä vastaavassa suhteessa sairaalan poliklinikkatoimintaa kunnan potilaille.

Vastapainoksi esitettiin kokemuksia ja näkemyksiä siitä, miten monipuoliseen ja hedelmälliseen yhteistyöhön erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto voivat päästä, kun sivuutetaan formaalisen konsultoinnin taso ja ollaan esimerkiksi säännöllisesti henkilökohtaisesti tekemisissä, joko potilastyössä tai vaikkapa vain yhteisen organisaation ruokasaleissa tai kahvipöydissä. Näitä kokemuksia kertyy silloin, kun erikoissairaanhoito ja perusterveydenhuolto työskentelevät saman organisaatiokaton alaisuudessa, tai vaikkapa vain vierekkäisissä tiloissa niin, että yhteydenpidolle tarjoutuu tilaisuuksia.

Ne organisaatiot, joilla on erikoissairaanhoitoa ja perusterveydenhuoltoa saman organisaatiokaton alaisena, pitivät yhteistyöllä saavutettavia etuja hyvin merkittävinä. Kyseisten organisaatioiden edustajat tarjoutuivat mukaan valtakunnallisiin hankkeisiin, joissa läheisen yhteistyön ja integraation hyötyjä

voitaisiin kehittää vielä nykyistä pitemmälle myös perinteisellä tavalla erillisten organisaatioiden maailmassa.

Hoitoketjuissa tuotiin esille niiden jalkauttamisen välttämättömyys. Hyllyyn tai internetiin vaivaakin nähdessä kirjoitettu hoitoketjusuositus ei tuo hyödyllisiä muutoksia, ellei toimintalinjoihin sitouduta eri tasoilla ja ellei suositusta tunneta ja hyväksytä toiminnan pohjaksi. Juuri jalkauttamisessa nähtiin kehittämistyön tarvetta.

Yhteistyön tavoittelun vastapainoksi kentällä on tunnistettavissa monia jännitteitä ja ristiriita-asetelmia perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Kumpikin toimiala saa rahoituksensa samoista kuntien varoista, jotka ovat niukentuneet entisestään alkaneen lamakauden myötä. Perusterveydenhuolto arvostelea erikoissairaanhoidoa siitä, että erikoissairaanhoidon kasvun annetaan jatkua, mutta perusterveydenhuollon on tehtävä sen mielestä mahdottomiksi käyviä säästötoimia rahoituksessaan.

Erityisesti pääkaupunkiseudulla perusterveydenhuollosta kuullaan toistuvasti kritiikkiä siitä, että erikoissairaanhoidosta siirretään terveyskeskuksille laajoja tehtäväkokonaisuuksia ja vastuuta kokonaisista potilasryhmistä siirtämättä samalla voimavaroja kasvaneiden tehtävien hoitamiseen. Uusien tehtävien hoitaminen edellyttäisi myös monissa tapauksissa perehdyttämistä ja kouluttamista.

Mitä voitaisiin saavuttaa kehittämistoiminnalla?

Kehittämistyön linjanvetojen suunnittelija on perusterveydenhuollon ja sen integroitumiskehitysten edistämisen keinoja hakiessaan ja arvioidessaan ymmällä, kuinka pitäisi edetä. Maassa on tarjolla hyvin mielenkiintoinen kirjo kummankin ulottuvuuden suhteen eriasteisesti integroituneita organisaatioita. Kainuun mallissa ja vähitellen eräissä muissakin sosiaali- ja terveystieteiden pohjaisissa organisaatioissa saadaan kokemuksia myös siitä, kuinka vertikaalinen ja horisontaalinen integraatio onnistuvat yhtäaikaaisesti. Kuitenkin hyvän integraation ja tuloksia tuottavan yhteistyön salaisuus on syvempi kuin integraatiossa toteutettujen järjestelyjen ja palveluratkaisujen summa. Aivan samalla tavalla kuin arkielämässä voidaan päätyä ihmettelemään, kuinka jokin parisuhde tai hyvää yhteishenkeä viestittävä pieni työpaikka oikein voikaan olla harmoninen ja yhteen hiileen puhaltava, myös integraatoratkaisut ovat samanlaisia ”henkimaailman” asioita ja ihmeitä. Aluesairaalapaikkakuntien 10:sta perusterveydenhuollon ja paikallisen erikoissairaanhoidon yhdistäneestä organisaatiosta löytyy yhtä aikaa yhteistyökehityksen kansallinen kärki, mutta toisessa ääripäässä on organisaatioita, joissa yhteen liitetyt pysyvät toraisina ja keskenään kilpailevina osapuolina. Samat huomiot koskevat sosiaali- ja terveystoimen integraatiota.

Kummassakin integroitumissuunnassa johtamisella, johtamisen ja itse asiassa koko toiminnan oikeudenmukaiseksi kokemiseksi on hyvin tärkeä merkitys. Hyvän ja tuloksia tuottavan integraation edistämiseksi tarvitaan tietoa hyvistä ja toimivista ratkaisuista, hyvää johtamista, mutta myös yhteisten prosessien ohjaamista, toimintakulttuurin kehittämistä ja tiedon joustavaa kulkua.

Sosiaali- ja terveystoimen hallinnolliset ratkaisut ovat periaatteessa palvelupoliittisia linjauksia, jotka eivät synny suoraan kehittämistoiminnan tuloksina. Sen sijaan kehittämistoiminnalla voidaan edistää entistä pitemmälle toteutuvaa yhteistyötä ja integraatiota niillä tehtäväalueilla, joilla yhteistyön ja saumattomuuden tarve on suurin ja selvin. Vanhuspalvelut, eri ikäryhmien psykososiaaliset palvelut sekä yhteistyö monien vammaisryhmien palveluissa ovat tällöin luontevasti ensisijaisia. Näillä alueilla onkin käynnissä jo runsaasti kehittämishanketoimintaa. Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palveluihin haetaan käynnissä olevissa koko maan kattavissa KASTE-rahoitusta saavissa hankkeissa uusia toimin-

tamalleja. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyökäytäntöjä pitäisi kehittämistoiminnan pohjaksi kartoittaa tähänastista järjestelmällisemmin ja arvioida, mitä yhteistyömuotoja voidaan viedä eteenpäin kehittämistoiminnalla.

7.4 "Vetoa ja pitoa" terveyskeskuksiin työpaikkoina

Perusterveydenhuollon pisimmälle koulutettujen asiantuntijoiden – lääkärit, hammaslääkärit, psykologit sekä eräät muut erityisammattihenkilöt – rekrytointi on vaikeutunut 2000-luvun aikana. Samaan aikaan terveyskeskukset ovat menettäneet samoihin ammattiryhmiin kuuluvia työikäisiä työntekijöitään muille sektoreille, etenkin yksityissektorin eri tehtäviin ja erikoissairaanhoidon palvelukseen. Lisäksi henkilöstöhallinnolliseksi ongelmaksi on nousemassa ammattihenkilöiden kasvava halukkuus tehdä osa-aikaista työtä, joko jakaen kokonaistyöaika muiden työtehtävien tai vaihtoehtoisesti osa-aikaisen eläkkeellä olemisen kanssa.

Alan julkaisuissa ja tiedotusvälineissä on jo vuosien ajan esitetty erilaisia analyyseja kehityksen syistä ja näiden analyysien pohjalta ehdotuksia kehityksen vastalääkkeiksi. Tutkittu tieto, esimerkiksi Nuori lääkäri-tutkimussarjassa saatu, puhuu sen puolesta, että terveyskeskusten lääkärin työ koetaan raskaaksi jo sellaisenaan. Kun tähän lisätään työskentelyn olosuhteita koskevia kielteisiä kokemuksia esimerkiksi oman ajankäytön, vastaanottotyön potilastiheyden ja työsuhteen joustamattomuuden muodossa, syntyy lopputulokseksi kuva alasta, joka ei pysty kilpailemaan vetovoimassa eikä oikein hyvin myöskään ”pitovoimassa”.

Rekrytointivaikeuksissa on myös oma maantieteellinen ulottuvuutensa, mutta tämä ei ole kovin selkeä eikä edes johdonmukainen. Lääkäri- ja hammaslääkärivajetta esiintyy sekä syrjäisissä maaseutukunnissa että suurten kaupunkien terveysasemilla. Oikeastaan ainut selvä yleispiirre ainakin lääkäreiden hakeutumisessa ja kiinnittymisessä terveyskeskustyyöhön näyttää olevan sekä rekrytoinnissa onnistumisen että epäonnistumisen kasautuminen. Osa terveyskeskuksista on maineeltaan ja mielikuvissa ”hyvin toimivia”, osa on taas joutunut kielteiselle kehitysuralle, jolla ongelmat ruokkivat ja voimistavat toisiaan. Kokonaisuuden kannalta on tietysti ongelmallista se, että terveyskeskustyö ja ehkä lääketieteen koulutuksen maailmassa koko yleislääkärin työ ovat saaneet 1980- ja 1990-lukujen vahvoihin kehityksiin verrattuna ylleen yllättävän paljon kielteisiä mielikuvia.

Rinnalla kulkee vaihtoehtona ja ainakin nuorten ammattilaissukupolvien maailmoissa suosiota saaneena mahdollisuus työskennellä työvoimaa välittävien yritysten palveluksessa. Yrityksillä on joustavan työnantajan maine. Työsuhteen etuihin sisältyy mahdollisuuksia saada osa tuloista pääomatuloina tai luontaisetuina. Yleinen käsitys on, että ainakin tavallisimmissa paikoissa työskentelevillä lääkäreillä ei ole kovin suurta eroa ansiotasoissa kunnallisen ja yrityksen työsuhteiden välillä. Kuitenkin mielikuvaerot ovat suuret ja merkittävät.

Käydyllä kuntakierroksella suhtautuminen työvoimaa vuokraaviin yrityksiin herätti paljon keskustelua ja myös tunnelatauksia. Terveyskeskusten johto toivoisi voivansa ratkaista työvoiman saannin ainakin päivätyöhön ilman yritysten apua. Näitä pidetään sopivina päivystyspalveluiden ja erilaisten tilapäisten vajeiden tai poissaolojen paikkaamiseen. Toisaalta yksittäisillä kaupungeilla on myös myönteisiä kokemuksia kokonaisten terveysasemien toiminnan järjestämisestä ulkoistettuina kyseisten yritysten avulla.

Perusterveydenhuollon palveluiden strategioiden suunnittelun tasolla käydäänkin nyt tavallaan keskustelua siitä, pitäisikö tavoitteeksi ottaa kunnallisen työsuhteen palauttaminen valta-asemaan, vai pitäisikö kehittää tapoja ja sopimusmuotoja, joilla voitaisiin varmistaa, että yrityksiltä hankittava työvoima olisi mahdollisimman hyvin tehtäviinsä koulutettua, motivoitunutta ja sitoutuvaa. Jos vertailussa ovat kunnallisessa työsuhteessa oleva kokenut yleislääkäri ja yrityksen kautta saatava uransa alkupuolella oleva lääkäri, joka vielä vaihtuu, valinta on perusterveydenhuollon edun ja arvojen kannalta selvä. Jos kuitenkin muistetaan, että esimerkiksi monessa vahvan perusterveydenhuollon ja yleislääkärin työn maassa lääkärit ovat sopimuspuhjalta toimivia ammatinharjoittajia tai yrittäjiä, joille on kunnia-asia tuottaa hyvät ja pitkäaikaiseen sitoutumiseen perustuvat palvelut, asetelma muuttuu.

Näitä valintoja maassa punnitaan parhaillaan. On kuitenkin selvää, että kunnallinen palvelussuhde, jonka kautta terveyskeskusten lääkärinpalveluista hoidetaan nykyisinkin noin 75 % ja hammaslääkäripalveluista 79 %, tulee pysymään hallitsevana ratkaisuna. On myös todennäköistä, että loppuvuodesta 2008 käynnistynyt nopeasti vaikeutuva taloudellinen kehitys tulee lisäämään mielenkiintoa hakeutua kunnallisiin työsuhteisiin, jotka koetaan kuitenkin turvallisiksi.

Vetovoimaisuutta on vaikea lähteä lisäämään aivan erillisillä hankkeilla, vaikka Toimiva terveyskeskus –ohjelman toimenpiteissä mainitaankin ”kilven kiillottaminen”. Aikaisemmin on jo nostettu esille maaseudun pitkien etäisyyksien oloihin rekrytoinnin erityiskysymyksiä. Nuoret lääkärit kuuluttavat työelämän joustojen perään ja kertovat saavansa joustoja syntymään paremmin työvoimaan välittävien yritysten palveluksessa. Onkin ilmeistä, että erilaisia joustomahdollisuuksia on järjestelmällisesti lisättävä, koska nuorten aikuisten elämä ja sen arvot eivät välttämättä suosi pitkiä viikkotunteja vaativaa yksinomaan työlle omistautumista. Myös mahdollisuudet tehdä osa-aikaista työtä myös pitkäaikaisesti pitäisi ottaa ennakkoluulottomasti vaihtoehtoiksi. Monissa maissa yleislääkärin työ on tapana yhdistää esimerkiksi tutkijan uraan tai vaikkapa 1-2 työpäivän laajuiseen muuhun työkokonaisuuteen.

Koulutuksesta, perehdyttämisestä, täydennyskoulutuksesta, työpaikalla nuorelle ammattilaiselle tarjottavasta kokeneen työntekijän tuesta sekä muista tukitoimista on puhuttu jo paljon eikä näiden merkitystä ole syytä epäillä.

Työn käytännön järjestelyt ja työn käytännön tason rationalisointi vaativat entistä enemmän huomiota. Tärkeitä kysymyksiä ovat työn rytmi sekä tietojärjestelmien toimiminen työtä tukemassa eikä hidastamassa.

Kenttäkierroksella tuli vastaan monessa kokouksessa raportteja joiden mukaan työparityöskentely selälaisenaan olisi työssä jaksamista ja innostumista oivallisesti edistävä etenemistie. Tämän vuoksi näyttää siltä, että työparityöskentelyä kannattaa edistää myös vedon ja pidon lisäämiseksi.

8 Terveyden edistäminen ja kansanterveystyö näkyviksi kulmakiviksi perusterveydenhuollossa

KERTTU PERTTILÄ

Tausta

Terveyspoliittisessa keskustelussa vallitsee laaja yhteisymmärrys siitä, että terveyden edistäminen edellyttää laajaa osallistumista, poliittista tukea ja eri yhteiskuntapolitiikkalohkojen vastuun ottamista (WHO 2005). Käytännössä vastuun ottaminen väestön hyvinvoinnista ja terveydestä on yhteisvastuuta. Ihmiset päättävät itse valinnoistaan, elintavoistaan ja monelta osin myös elinoloistaan. Valintoihin vaikuttavat lähiyhteisö, elinolot, elinympäristö, ihmisten omat tiedot ja taidot sekä palvelujärjestelmän toimivuus ja tarjolla olevat palvelut. Palvelujen saatavuus ja järjestelmän toimivuus tukevat terveyttä ja erilaiset yhteiskuntapolitiittiset ratkaisut vahvistavat tai heikentävät terveyttä edistävän elämän rakenteita.

Kuntalain mukaan (1§) kunta pyrkii edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestävästä kehitystä alueellaan (Kuntalaki 1995/365). Työllisyydestä, koulutusmahdollisuuksien tarjonnasta, toimeentulon varmistamisesta, elinympäristön turvallisuudesta ja asumisviihtyisyydestä sekä kuntalaisten arjen sujumisesta ja palvelujen toimivuudesta vastuun kantaminen ja huolehtiminen ovat kunnan terveyttä edistävää työtä.

Kansanterveystyön tehtävänä on toimia terveyden edistämisen asiantuntijana ja terveystarkastuksien puolestapuhujana. Kansanterveyslain (66/1972, muut. 928/2005) mukaan kansanterveystyöllä tarkoitetaan (1§) "yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä sairauksien ja tapaturmien ehkäisy mukaan lukien sekä yksilön sairaanhoitoa". Lain 14 §:ssä määritellään tarkemmin kansanterveystyöhön kuuluvista tehtävistä. Lain mukaan kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee muun muassa:

- huolehtia kunnan asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista mukaan lukien ehkäisyneuvonta ja neuvolapalvelut;
- seurata kunnan asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin;
- huolehtia terveystarkastuksien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa sekä tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa;
- järjestää ehkäisevä mielenterveystyö;
- ylläpitää suun terveydenhuoltoa ja siihen sisältyvä suun terveyden edistäminen;
- ylläpitää kouluterveydenhuoltoa ja siihen kuuluvaa kouluyhteisön terveellisyys- ja turvallisuuden valvontaa sekä seurata ja edistää oppilaiden terveyttä ja
- ylläpitää kunnan alueella sijaitsevien oppilaitosten opiskelijoiden opiskelijaterveydenhuoltoa.

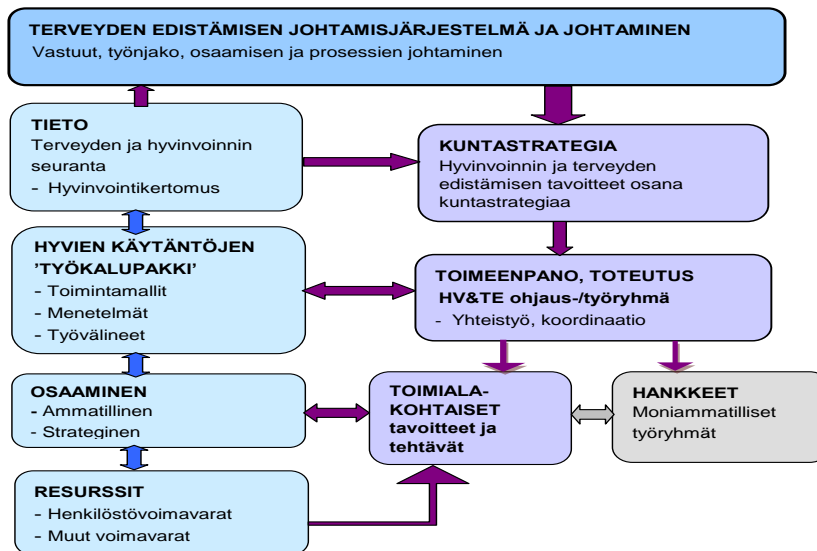
Kenttäkierroksen linjauksia

Perusterveydenhuollon kenttäkierroksen kokouksissa käytettiin päättäväisiä puheenvuoroja terveyden edistämisen ja kansanterveystyön merkityksestä. Puheenvuoroissa oli usein hyvin samanlainen sävy. Puhujat totesivat, että Suomessa kansanterveystyössä oli lähdetty aikanaan hyvin kunnianhimoisesti liikkeelle, mutta mielenkiinto ja innostus lopahtivat 1990-luvulla laman ja valtionosuus- ja suunnittelujärjestelmän uudistuksen vuosiin. Tällöin kunnat saivat varsin pitkälle päättää painotuksista ja saivat myös tinkiä aikaisemmin vakiintuneesta palveluiden valikoimasta ja tasosta. Nyt arvoja ja periaatteita on punnittu uudelleen ja yhteisesti nähdään, että terveyden edistäminen on perusterveydenhuollon tärkeä kulmakivi, jota pitää kehittää ja uudistaa. Tämä viesti tuotiin esiin eri ammattiryhmistä. Viestiä tukivat esimerkit terveyden edistämisen hankkeista hankekaudelta 2003 - 2007 sekä parhaillaan suunnittelun alla olevista hankkeista. Meneillään olevissa hankkeissa on sopivissa suhteissa sekaisin sekä selkeitä ennaltaehkäisyn ja varhaisen toteamisen klinisiin aselmiin sopivia suunnitelmia että laajoja terveyden edistämisen käytäntöjen ja rakenteiden kehittelyjä.

Terveyden edistämisen rakenteet kunta- ja kuntayhtymissä

Terveyden edistäminen kunnassa ja alueilla eri hallinnonalojen tehtävänä edellyttää pysyviä toimeenpanorakenteita. Yleisesti ottaen rakenteilla tarkoitetaan toimivien olosuhteiden luomista, toiminnan esteiden tunnistamista ja niiden poistamista. Terveyden edistämisen rakenteellisia tekijöitä kuvataan kuviossa 1. Lainsäädäntö luo kuntien ja alueiden terveyttä edistävälle työlle rakenteellisen kehikon. Valmisteilla oleva uusi terveydenhuoltolaki tulee todennäköisesti täsmentämään kuntien ja alueiden terveyttä edistäviä tehtäviä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Perusterveydenhuollolla on keskeinen tehtävä kunnassa ja alueilla terveyden edistämisen puolestapuhujana, ehkäisevän työn asiantuntijana ja toimijana, tiedon tuottajana ja hallinnonalat ylittävän yhteistyön aktiivisena koordinaattorina.

Terveyttä edistävän toiminnan onnistumisen edellytyksiä ovat 1) väestön hyvinvointitarpeita ja palvelujärjestelmän toimivuutta kuvaava, terveys- ja hyvinvointitietoa tuottava seuranta- ja raportointijärjestelmä, 2) hallinnonalat ylittävää vastuuta ja yhteistyötä tukeva johtamisjärjestelmä, 3) kunta- ja kuntayhtymäjohtoon sitoutumista edellyttävät terveyden edistämisen strategiset tavoitteet kunta- ja aluestrategioissa, 4) yhteistyötä koordinoivat toimeenpanorakenteet, 5) eri ammattiryhmien käytössä olevat yhteiset terveyttä edistävät toimintakäytännöt ja -mallit, 6) ehkäisevän työn voimavarojen riittävyys sekä 7) terveyden edistämisen strateginen ja ammatillinen osaaminen (kuviokuva 1).



Kuvio 1. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ja toimeenpanon rakenteet kunnassa

Terveyden edistämisen suunnitelmallinen työ edellyttää *tietoa* väestön hyvinvointitarpeista, terveydentilasta ja niiden muutoksista sekä tietoa palvelujärjestelmän kyvystä vastata väestön terveystarpeisiin. Tietoa voidaan kerätä kuntalaisille tehtävillä erilliskyselyillä, ikäluokkien terveystarkastuksissa, terveys- ja hyvinvointipalvelujen käytöstä sekä kansallisista selvityksistä. Kansallisten selvitysten aineistopohja ei useinkaan riitä kuntakohtaiseen tarveanalyysiin, mutta niiden hyödyntäminen tarjoaa taustan oman kunnan tiedoille (Ståhl 2009). Kansanterveyslaki velvoittaa kuntia seuraamaan asukkaiden terveydentilaa ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin. Kuntajohdolle vuonna 2007 (Wilsman ym. 2007) ja terveystakeskusjohdolle (Rimpelä ym. 2009) vuonna 2008 tehtyjen kyselyjen mukaan seuranta ei ole vielä kovin vakiintunutta. Kuntakyselyn mukaan 74 % kunnista seuraa säännöllisesti väestön sairastavuutta, elinoloja ja elintapoja. Väestön hyvinvointia ja terveydentilaa koskevia tietoja oli raportoitu lautakunnille (perusturva- tai sosiaali- ja terveyslautakunta) 65 %:ssa kunnista, kunnan johtoryhmälle ja kunnan hallitukselle joka toisessa kunnassa, kunnan valtuustolle 44 %:ssa ja kuntalaisille 29 %:ssa kunnista.

Myös terveystakeskuskyselyn mukaan vastuu terveydentilan seurannasta ja raportoinnista on vielä vakiintumatonta. Kysymykseen, onko terveystakeskuksen alueella määritelty, kuka on vastuussa väestön hyvinvoinnin ja terveydentilan seurannasta ja arvioinnista, lähes puolet terveystakeskuksista vastasi, että vastuuta ei ole määritelty. Yleisimmin vastuu oli terveystakeskuksilla (32%). Seuraavaksi eniten mainittu taho oli kunta (10%), sairaanhoitopiiri oli mainittu harvoin (4%). Terveystakeskukset ovat raportoineet luottamushenkilöille väestön terveydentilassa tapahtuvista muutoksista yleensä joka kolmannen terveystakeskuksen alueella, väestöryhmittäin sosio-ekonomisen aseman mukaan vain 15 %:ssa terveystakeskuksista.

Hyvinvointikertomus (Perttilä ym. 2007) on kunnan eri hallinnonalojen eräs yhteinen työkalu koota väestön terveys- ja hyvinvointitietoa, palvelujärjestelmän tapaa vastata hyvinvointitarpeisiin yhdistettynä taloudelliseen arviointiin kustannuksista ja vaihtoehtokustannuksista. Kertomuksen valmistelu-prosessissa tiedot kootaan eri alojen asiantuntijoilta ja johtopäätökset laaditaan eri hallinnonalojen asiantuntijoiden kanssa yhdessä kuntastrategian perustaksi. Asiakirja toimii strategiatyön, seurannan ja raportoinnin välineenä. Perusterveydenhuollon vastuu ja asiantuntemus ovat olennaisia kertomuksen

valmistelussa ja sen hyödyntämisessä kunnan muiden hallinnonalojen kanssa työskenneltäessä. Kuntakyselyn mukaan hyvinvointikertomus tai joku muu väestön hyvinvoinnin ja terveydentilaa kuvaava asiakirja oli tehty tai valmistumassa noin joka kolmannessa kunnassa (37%).

Johdon sitoutuminen terveyttä edistävään työhön näkyy *strategiatyössä*, miten terveyden edistämisen tavoitteet on kirjattu kuntastrategiaan ja edelleen toimialojen toiminta- ja taloussuunnitelmiin ja onko niiden toteuttamiseen osoitettu riittävästi voimavaroja. Kuntakyselyn mukaan 64 % kunnista on kirjannut hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteita kuntastrategiaan ja toiminnan ja talouden suunnitelmaan 72 %. Terveyskeskuskyselyn mukaan 60 % terveyskeskuksen johtoryhmistä tai luottamushenkilöhallinnosta on määritellyt vuoden 2009 toiminnan ja talouden suunnitelmaan ne väestötason terveysongelmat, joiden hallintaan saamista pidetään tärkeänä. Viime valtuustokauden aikana (2005 - 2008) sosiaaliryhmien välisistä terveyserojen kaventamiseen tähtäävistä toimenpiteistä oli päätetty joka kolmannen terveyskeskuksen johtoryhmässä tai luottamushenkilöhallinnossa.

Terveyden edistämisen johtamisjärjestelmä pohjaa poikkihallinnolliseen vastuun ottamiseen ja yhteistyön koordinointiin. Terveyden edistämisen johtoryhmänä toimii luontevimmin kunnan johtoryhmä, jossa terveyden edistämisen asioiden esittelijänä ja vastuuhenkilönä toimii useimmiten kansanterveys työstä vastuussa oleva johtaja. Kuntakyselyn mukaan kunnan johtoryhmä toimi myös terveyden edistämisen johtoryhmänä joka viidennessä kunnassa. 16 % kunnista oli nimennyt erikseen terveyden edistämisen johtoryhmän. Terveyskeskuskyselyn mukaan (Rimpelä 2009) 70% terveyskeskuksista ilmoitti että johtoryhmässä on terveyden edistämisen vastuuhenkilö. Erityisen terveyden edistämisen tai muuten nimetyn ehkäisevän toiminnan hallinnollisen yksikön ilmoitti 15% terveyskeskuksista ja 7% vastasi, että sellainen on valmisteilla. Tällaisen yksikön tehtäviä kysyttäessä vastaukset olivat varsin vaihtelevia (Rimpelä 2009).

Terveyden edistämisen strateginen suunnittelu, tavoitteiden toteuttaminen kunta- ja eri hallinnonalojen tasoilla sekä toteutuksen seuranta ja arviointi tarvitsee kunnassa johtoryhmän alaisuudessa toimivan, eri sektoreiden vastuuhenkilöistä koostuvan *hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen työryhmän* (tai terveyden edistämisen ohjausryhmän). Ryhmän tehtävänä on koordinoida hallinnonalat ylittävää yhteistyötä ja hallinnonalojen välistä työnjakoa, sopia eri hallinnonalojen tehtävistä yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi, nimetä tarvittaessa tehtäväkohtaisia työryhmiä (esim. ikäihmisten toimintakyvyn ylläpitäminen, ehkäisevä päihdetyö, lasten ja nuorten hyvinvointia ja terveyttä edistävä työ jne.) ja seurata ja arvioida tavoitteiden toteutumista. Ohjaus-/työryhmän puheenjohtaja, joka useimmiten on kansanterveystyön johtaja, vastaa terveyttä edistävästä toiminnasta kunnan johtoryhmälle. Kuntakyselyn mukaan tällainen poikkihallinnollinen työryhmä oli vuonna 2007 nimetty joka viidennessä kunnassa.

Terveyden edistämisen poikkihallinnollisen ohjaus-/työryhmän tehtävänä on myös hyvinvointikertomuksen valmistelu ja sen keskusteluun saattaminen kunnan/alueen luottamushenkilöhallinnossa. Työryhmä vastaa myös siitä, että kunnassa on riittävästi osaavaa henkilöstöä toteuttamaan ne terveyttä edistävät tavoitteet, jotka kuntastrategiassa ja toiminnan ja talouden suunnitelmissa on hyväksytty. Työryhmässä käydään keskustelut muun muassa yhteistyöstä, työnjaosta ja koulutuksen tarpeista. Perusterveydenhuollon osaaminen ja vastuunottaminen tässä tehtävässä on olennaista.

Terveyden edistämisen keinoja ja toimeenpanoa varten on olemassa runsaasti jo koeteltuja ja kehitettyjä työkaluja, menetelmiä ja käytäntöjä ja niitä kehitetään jatkuvasti uusissa hankkeissa. Käyttöön otettavista työkaluista ja toimintakäytännöistä kannattaa koota '*työkalupakki*', jonka menetelmät ja käytännöt voidaan tuottaa ja näin varmistaa että eri hallinnonalojen toimijoilla on yhteiset näkemykset ja osaaminen niiden sisällöistä ja käytöstä. Tällaisia työvälineitä ja yhteisiä käytäntöjä ovat esimerkiksi; hyvinvointikertomus, ihmisiin kohdistuvien vaikutusten (terveysvaikutusten) arviointimenetelmän

käyttöön ottaminen päätöksenteossa, varhaisen puuttumisen ja tuen käytännöt, perhepalvelujärjestelmien kehittäminen, menetelmät toimia lapsiperheissä joissa on päihde- ja/tai mielenterveysongelmia, lastensuojeluun liittyvä läheisneuvonpito, perhetyön käytännöt, mini-interventiot (päihdekysymyksissä, liikunnan ja/tai terveellisen ravitsemuksen tukemisessa) ja onnistuneen vanhuuden tukemisen keinot.

Terveiden edistämisen ohjausryhmän tehtävänä on arvioida työkalupakin sisältöä, käytäntöjen toimivuutta ja vaikutuksia. Terveyskeskuskyselyn (Rimpelä ym. 2009) mukaan joka kolmannen terveystieteellisen toimintaa on arvioitu vuoden 2007 kuntatarkastuksessa sen mukaan onko terveystieteelliset kohdat otettu huomioon kunnan kaikissa toiminnoissa ja joka kolmas terveystieteellinen on välittänyt asiantuntija-apua kuntasuunnitteluun jonkun ohjelman, toiminnan tai valmisteilla olevan päätöksen terveystieteellisten arvioimiseksi. Terveystieteellisissä on terveystieteellisen johdon tai luottamushenkilöhallinnon hyväksymä ja/tai päivittämä toimeenpanosuunnitelma ollut useimmin päihdehaittojen vähentämisestä (64%) ja suun terveyden edistämisestä (59%). Toimeenpanosuunnitelmat terveystieteellisen liikunnan edistämisestä ja terveellisen ravitsemuksen edistämisestä on ollut joka toisessa kunnassa (52% ja 50%). Muita toimeenpanosuunnitelmia olivat sydäntautien ehkäisy (45%), masennuksen ehkäisy (40%) ja koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisy (17%).

Terveiden edistämisen voimavaroihin kuuluu osaamisen varmistaminen ammatillisella ja strategisella tasolla. Resurssien arviointi on paitsi osaamisen arviointia myös voimavarojen riittävyyden arviointia silloin kun yhteisistä tavoitteista sovitaan.

Terveiden edistäminen on jatkuvaa kunnan toimintaa ja kansanterveystyöhön kuuluvaa ydintehtäväaluetta, eikä sitä voida tehdä vain erillisinä projekteina. Projektit ovat kannatettavia silloin kun jollekin tietylle osa-alueelle halutaan erityisesti näkyvyyttä ja sitä halutaan kehittää. Esimerkiksi Kaste -ohjelman alueelliset hankkeet mahdollistavat terveyden edistämisen rakenteiden ja sisältöjen kehittämisen laajapohjaisesti ja moniammatillisesti. Olennaista olisi, että sisällöllinen kehittämistyö kytkettäisiin kuntien ja alueiden normaaliin suunnittelu- ja päätöksentekoprosesseihin niin että hankkeissa syntyvä osaaminen ja tuotokset sitoutuisivat käytäntöihin heti kehittämistyön alusta lähtien. Kevään 2009 aikana kehittämisteemat tulisi saada sisään uusien valtuustojen perehdyttämisohjelmiin ja kehittämistyö vuoden 2010 toiminnan ja talouden suunnitelmiin.

Kansanterveystyön rooli kunnan hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita ja toimeenpanoa luovassa kokonaisuudessa on merkittävä. Kansanterveystyön osaamista ja vastuullista osuutta tarvitaan kaikissa rakenteellisissa osioissa, monelta osin yhteistyössä koulutoimen, ympäristötoimen, teknisen toimen ja kulttuuri- ja vapaa-aikatoimen kanssa.

Perusterveydenhuollon toiminnan keskeisiä terveyden edistämisen sisällöllisiä alueita ovat tässä raportissa erikseen kuvatut kroonisten ei-tarttuvien kansantautien ehkäisy, lasten ja nuorten palvelut, neuvolatyö, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, ikääntyneiden palvelut, suun terveydenhuolto, mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä perusterveydenhuollon avopalvelut. Näihin kehittämiskohteisiin sisältyy jokaiseen terveyttä edistävä ja ehkäisevä työtä painottava osionsa. Tässä luvussa ei mennä näihin sisältöihin tarkemmin.

Kunta- ja palvelurakenneuudistuksen haasteet terveyden edistämiselle

Meneillään olevassa kunta- ja palvelurakenneuudistuksessa on tavoitteena ollut eheä, elinvoimainen ja toimintakykyinen kuntarakenne, jossa palvelurakenne muodostaa toiminnallisen ja eheän palvelukokonaisuuden. Miten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen eheä palvelukokonaisuus muodostuu uudistuksessa?

Käytännössä suunnitelmien toteuttaminen on herättänyt monia kysymyksiä.

- Onko kunnilla riittävästi tietoa väestön hyvinvoinnista ja terveydestä, jotta päättäjät osaavat tehdä oikeat päätökset tavoitteita asettaessaan? Tietoa on yleensä paljon, mutta miten se saadaan helposti tulkittavaan, käyttökelpoiseen muotoon.
- Mikä taho vastuutetaan terveyden edistämisen asioiden valmistelusta, esittelystä, päätettyjen toimintojen toimeenpanosta ja seurannasta silloin kun tavoitteeseen tähtäävät toimenpiteet koostuvat selvästi useiden toimialojen perustehtävistä ja sosiaali- ja terveydenhuolto sijoittuu eri organisaatioon yhteistoiminta-alueena joko kuntayhtymänä tai isäntäkuntamallilla?
- Miten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kehittämisen ja toimeenpanon prosesseja johdetaan uusissa rakenteissa? Millaisilla 'joukkueilla' tehtäväkokonaisuuksiin vastataan? Miten koordinaatio ja yhteistyö organisoidaan?
- Missä alueelliset terveyden edistämisen strategiset tavoitteet ja toimeenpanosuunnitelmat luodaan ja miten alueellista, eri hallinnonalojen toteuttamaa terveyden edistämistyötä seurataan ja arvioidaan käytännössä?

Monien yhteistoiminta-alueellisten mallien variaatioissa mutkistuvat myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteet ja johtamisen käytännöt kirjaviksi ja vaikeammin hallittaviksi. Kun terveydenhuolto ja osa sosiaalitoimen tehtävistä hoidetaan yhteistoiminta-alueella, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen koordinaatiota ja johtamista varten tarvitaan yhteistoiminta-alueen lautakunnan alaisuudessa toimiva terveyden edistämisen johto-/ohjausryhmä, johon jäsenet kutsutaan alueen peruskunnista, eri hallinnonalojen edustajista (kunnan johtoryhmän jäsenistä). Alueellisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtoryhmän tehtävänä on yhteen sovittaa alueen ja sen kuntien terveyden edistämisen tavoitteet ja toimenpiteet. Suuremman alueen voimavaroja ja osaamista pitää käyttää peruskuntien hyödyksi esimerkiksi tiedon tuottamisessa, koulutuksessa sekä hyvien käytäntöjen arvioinnissa ja käyttöön ottamisessa.

Alueen sairaanhoitopiirien ja maakuntahallinnon voimavarojen yhdistäminen terveyttä edistävään työhön ovat myös arvokkaita. Kenttäkierroksen aikana huomattiin, että useat sairaanhoitopiirit ja erikoissairaanhoidon sairaalat ovat aktivoituneetkin terveyden edistämistyössä. Terveyskeskuskyselyn mukaan runsas 40% terveystakesuksista oli sopinut sairaanhoitopiirin kanssa terveyden edistämisen alueellisesta koordinaatiosta. Järjestöillä on ollut perinteisesti ja on edelleen tärkeä osa terveyden edistämässä. Nyt on löydettävä toimivat alueelliset rakenteet, joissa kaikki toimijat saavat tilaa ja vastuuta. Järjestämisvastuu terveyttä edistävästä työstä on peruskunnilla. Miten se organisoidaan alueellisesti yhteistoiminta-alueilla, yhteistyössä sairaanhoitopiirien ja kaikkien muiden toimijoiden kanssa, on tärkeä ja selkeästi näkyväksi tehtävä kysymys.

9 Neuvolatoiminnan kehittäminen

TUOVI HAKULINEN-VIITANEN JA MARJAANA PELKONEN

Äitiys- ja lastenneuvolapalvelut muodostavat keskeisen osan terveyskeskusten lakisääteisistä lasten ja nuorten ehkäisevistä peruspalveluista. Valtakunnallisesta ohjauksesta vastaa sosiaali- ja terveysministeriö. Vuonna 2002 perustetun ja vuoden 2008 alussa Stakesiin (nyt Terveiden ja hyvinvoinnin laitos) siirtyneen Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskuksen tehtävänä on kehittää, tutkia, seurata ja arvioida äitiys- ja lastenneuvolatoimintaa. Äitiys- ja lastenneuvolapalvelujen sisältöä täsmennetään kansanterveyslain valtuutuksella keväällä 2009 annettavassa asetuksessa, jossa säädetään tarkemmin neuvolatoimintaan sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoon sisältyvistä terveystarkastuksista ja terveysneuvonnasta (ks. STM 2008).

Alle kouluikäisten lasten terveydentila

Yleisen käsityksen mukaan suurin osa lapsista on terveitä ja voi hyvin. Tutkimusten (mm. Bardy ym. 2001, Heimo 2002) mukaan noin 10-30 % lapsista ja heidän perheistään tarvitsee erityistä tukea. Alle kouluikäisten lasten terveydestä on olemassa melko vähän tarkempaa valtakunnallista tietoa. Kattavia tietoja on saatavissa kuolleisuudesta, perinataaliterveydestä, sairaalahoitojaksoista ja erityiskorvattavista lääkkeistä. Valtakunnallisten otantatutkimusten avulla on säännöllisesti kerätty tilastotietoa rokotuksista (Leino ym. 2007) ja imeväisikäisten ravitsemuksesta (Hasunen ym. 2006). Lisäksi löytyy yksittäisten alueellisten tai paikallisten tutkimusten antamaa tietoa. Rekisteriseurannan perusteella alempien sosioekonomisten ryhmien lapsilla on todettu olevan enemmän erilaisia sairauksia kuin ylempien sosiaaliryhmien lapsilla (Arntzen ym. 2007). Lasten ja lapsiperheiden sosioekonomiset terveyserot ovat haaste palvelujärjestelmälle (STM 2008a). Uutta tutkimustietoa neuvolaikäisistä lapsista ja heidän perheistään on tulossa vuoden 2009 aikana. Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittämissankkeessa (LATE-hanke) on kerätty terveyserojen kaventamiseen tähtäävän Teroka-hankkeen kanssa yhteistyössä yli 6 500 lapsen ja nuoren terveyden ja hyvinvoinnin tilaa käsittelevä aineisto lastenneuvoista ja kouluterveydenhuollosta (Mäki ym. 2008).

Suomalaisten lasten terveyttä vaarantavien ja erityisen tuen tarvetta synnyttävien tekijöiden profiili on vuosien kuluessa muuttunut (STM 2004, STM 2008b). Uusia pulmia ovat lasten psykososiaalisen terveyden ongelmat, oppimis- ja kehityshäiriöt, ylipaino ja diabetes. Lasten terveyttä vaarantavat myös vanhempien pulmat kuten päihde-, mielenterveys- ja väkivaltaongelmat (Kaitosaari ym. 2005, Rajantie & Perheentupa 2005, Newacheck ym. 2008). Esimerkiksi raskauden aikainen päihteiden, etenkin alkoholin, käyttö on sikiön kehityshäiriöiden suurin yksittäinen syy (Pajulo ym. 2001). Noin 6 % raskaana olevista naisista on alkoholin suurkuluttajia, mikä merkitsee Suomessa vuosittain yli 3 000 päih-teille altistunutta sikiötä. Suomessa syntyy arviolta vuosittain noin 600 lasta, joilla on sikiöaikaiseen alkoholialtistukseen liittyviä oireita (Halmesmäki & Autti-Rämö 2005). Vanhempien alkoholiongelmista kärsivät ensisijaisesti lapset, sillä perhe on keskeisin lapsen kehitysympäristö. Päihdeongelmat ovat yleisin syy perheväkivaltaan ja lasten hoidon laiminlyöntiin. Vanhempien päihteiden väärinkäyttö sekä usein siihen liittyvä väkivaltaisuus ovat myös yleisimpiä syitä lasten huostaanottoihin. (Sarkola ym. 2007, Hiitola 2008.)

Neurolapalvelujen periaatteet ja tehtävät

Suomalainen neuvolajärjestelmä perustettiin toisen maailmansodan jälkeen tukemaan lasta odottavia ja alle kouluikäisiä lapsia kasvattavia perheitä. Osoittautuikin, että jo 1940- ja 1950-luvuilla äitiys- ja imeväiskuolleisuusluvut paranivat dramaattisesti. Universaalit äitien ja lasten ehkäisevät palvelut ovat eräs tärkeä, vaikkakaan eivät ainoa, äitiys- ja lapsikuolleisuuden vähentämisen edellytys (WHO 2005). Neurolapalvelut perustuvat vapaaehtoisuuteen ja leimaamattomuuteen ja ovat käyttäjille maksuttomia lähipalveluita. Nämä palvelut järjestetään lapsen odotusajalta siihen saakka kunnes lapsi menee kouluun. Neurolakeskuksen ylläpitämän rekisterin mukaan äitiysneuvoloita oli vuoden 2009 alussa yhteensä 813 ja lastenneuvoloita 877. Joissakin isoimmissa kaupungeissa näitä palveluja järjestetään myös yksityisinä palveluina.

Lähes kaikki lasta odottavat (99,7 %) ja alle kouluikäisen lapsen perheet (99,5 %) käyttävät palveluja riippumatta perheen sosioekonomisesta asemasta. Äitiysneuvolapalveluja käyttää vuosittain lähes 60 000 äitiä mahdollisine kumppaneineen ja lastenneuvolapalveluja noin 400 000 lasta ja arviolta 600 000 vanhempaa. Julkisia palveluja käyttämättömistä perheistä osa käyttää yksityisiä palveluja, mutta osa jättäytyy todennäköisesti kokonaan palvelujen ulkopuolelle. Tutkimusten (esim. Rintanen 2000) mukaan terveystarkastuksista pois jääneiden syrjäytymisriski on tarkastuksiin osallistuneita suurempi. Tämän vuoksi uudessa asetuksessa (STM 2008b) veloitetaan terveydenhoitajaa, kättilöä tai lääkäriä selvittämään määräaikaista terveystarkastuksista poisjäävien lasten ja perheiden tuen tarve. Tämä vaatii uudenlaista etsivää työtä, moniammatillista yhteistyötä ja erityistä tukea tarvitsevien lasten ja perheiden, esimerkiksi useasti muuttavien, huolellista seurantaa.

Neurolatoiminnan periaatteita ovat terveyden edistäminen, pulmien ehkäisy sekä tuen tarpeiden varhainen tunnistaminen ja tuen järjestäminen. Äitiys- ja lastenneurolatoiminnan tehtävänä on seurata ja edistää raskaana olevien naisten ja lasta odottavien perheiden sekä alle kouluikäisten lasten ja heidän perheidensä tervettä kasvua ja kehitystä, tukea vanhemmuutta ja parisuhdetta, edistää kasvu- ja kehitysympäristön sekä elintapojen terveellisyyttä. Lisäksi neuvolan tehtävänä on tunnistaa varhain erityis- tukea tai tutkimuksia tarvitsevat, tukea heitä ja ohjata tarvittaessa jatkotutkimuksiin tai -hoitoon. Lapsiperheiden omien voimavarojen tunnistaminen edistää perheen selviytymistä ja vastuunottoa omasta tilanteesta. (STM 2004, STM 2007, STM 2008b.)

Neurolapalvelujen tila ja keskeiset kehittämishaasteet

Neurolapalvelujen pitkästä historiasta huolimatta palvelujen tarjonnasta ja laadusta ei ole saatavissa täsmällistä tietoa, koska systemaattinen seuranta on puuttunut. Vuosina 2004 ja 2007 tehdyissä kansallisissa neurolatoiminnan selvityksissä ilmeni, että äitiys- ja lastenneuvoloiden henkilöstövoimavarat, määräaikaista terveystarkastukset ja muut neuvolan toimintatavat vaihtelivat eri puolilla maata (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 2008). Yhtenä syynä vaihteluun lieenee se, että 1990-luvun alussa muutettiin valtionosuusjärjestelmää ja lääkintöhallituksen lakkauttamisen myötä kumottiin toimintaa ohjanneet ohjekirjeet. Kunnat saivat tämän jälkeen aikaisempaa itsenäisemmin järjestää palvelut. Samaan aikaan osuneen laman aikana osa kunnista karsi ehkäiseviä palveluja, mikä oli omiaan aiheuttamaan vaihtelua palvelujen tarjonnassa.

Uudella vuosituhannella lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen informaatio-ohjausta on vahvistettu, jolloin kunnat saavat tukea toimintansa suunnitteluun, järjestämiseen ja seurantaan. Esimerkiksi lastenneurolatoimintaa varten saatiin vuoden 2004 lopulla uudet kansalliset suositukset (STM 2004). Äitiysneuvolan henkilöstövoimavaroja ja määräaikaistarkastuksia koskevia suosituksia (Viisainen 1999) ei ole vielä päivitetty. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa 2007-2011

(STM 2007) on tuoreita ehdotuksia äitiysneuvolatoimintaa varten muun muassa perhevalmennuksen järjestämisestä ja elintapaohjauksesta.

Terveystenhoitajien ja lääkäreiden henkilöstövoimavarat äitiys- ja lastenneuvoloissa ovat hieman parantuneet neuvolaselvityksiin vastanneiden terveyskeskusten (n= 211/2004 ja n=187/2007) antamien tietojen mukaan (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 2008), vaikka ne eivät edelleenkään vastaa voimassa olevia suosituksia (myös Rimpelä ym. 2008). Laadukkaiden neuvolapalvelujen perusedellytys on pysyvä ja osaava henkilöstö. Panostamalla henkilöstön ammattitaidon kehittämiseen ja työssä viihtymiseen on mahdollista edistää alalle hakeutumista ja alalla pysymistä sekä työvoiman saantia myös tulevaisuudessa. Toiminnan suunnittelun tehostamiseksi olisi välttämätöntä, että terveyskeskukset alkaisivat seurata omaa henkilöstömitoitustaan. Ehkäisevän toiminnan vahvistamiseen ja uuden asetuksen (STM 2008b) tuomien velvoitteiden toteuttamiseen tarvitaan suositusten mukaiset henkilöstövoimavarat.

Neuvolatoiminnan kehittäminen edellyttää, että toiminnasta vastaavat henkilöt on nimetty ja he ovat julkisesti tunnistettavissa. Hoitotyön johtajien virat on säilytettävä palvelurakennemuutoksissa. Uusi terveydenhuoltolakiluonnos edellyttää riittävää määrää ammatillisissa johtamis- ja asiantuntijatehtävissä toimivia. He vastaavat muun muassa kehittämis- ja tutkimustoiminnan johtamisesta ja ohjaamisesta sekä täydennyskoulutuksen ja opiskelijoiden harjoittelun järjestämisestä (STM 2008c). Myös neuvolatoimintaa koskevan asetuksen (STM 2008b) tuomien velvoitteiden toimeenpano ja toteutumisen seuranta edellyttävät määrätietoista johtamista.

Valmisteilla olevan hoitotyön kansallisen toimintaohjelman "Johtamisella vetovoimaa ja vaikuttavuutta hoitotyöhön" vuosille 2008-2011 tavoitteena on parantaa hoitotyön vaikuttavuutta ja vetovoimaisuutta kehittämällä hoitotyön johtamisrakenteita ja -käytäntöjä uudistuvissa SOTE-toimintaympäristöissä. Sisältöalueina ovat muun muassa työkalujen kehittäminen rekrytointiin, sijais-hankintaan, osaamisen kehittämiseen ja sitouttamiseen, terveyden ja hyvinvoinnin integrointi johtamisrakenteisiin ja käytäntöihin sekä näyttöön perustuvien yhtenäisten käytäntöjen käytön edistäminen. Uusi toimintaohjelma sisältyy Sosiaali- ja terveydenhuollon kansalliseen kehittämisohjelmaan (KAS-TE) ja sen toimeenpanosuunnitelmaan (STM 2008d).

Neuvolapalvelujen ytimenä ovat terveydenhoitajien ja asiakasperheiden säännölliset tapaamiset. Ne mahdollistavat lapsen ja perheen terveyden edistämisen sekä erilaisten tarpeiden ja pulmien varhaisen tunnistamisen sekä auttamisen. Säännöllisyys ja jatkuvuus edistävät tuttuutta, joka puolestaan helpottaa perheen terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien asioiden puheeksi ottamista. Kullekin ikäluokalle huolellisesti tehty määräaikaisten terveystarkastukset ovat toiminnan perustana. Määräaikaista terveystarkastuksista on omat suositukset (Viisainen 1999, STM 2004), joita kuitenkin kaikki terveyskeskukset eivät ole noudattaneet (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 2008). Erityisesti imeväisikäisten lasten määräaikaisten terveystarkastusten laiminlyönti saattaa heikentää juuri lapsen saaneiden perheiden erityisten tuen tarpeiden tunnistamista ja varhaista auttamista.

Uudessa asetuksessa (STM 2008b) äitiysneuvolaan tulee raskauden aikana yksi laaja, koko perheen hyvinvoinnin tarkastus. Lastenneuvolassa imeväisikäisille on asetuksen mukaan järjestettävä vähintään yhdeksän terveystarkastusta, joihin sisältyy vähintään kaksi lääkärintarkastusta lapsen ollessa 4-6 viikon ja 8 kuukauden ikäinen ja sekä laaja terveystarkastus 4 kuukauden iässä. Ensimmäisen ikävuoden jälkeen tehdään 6 terveystarkastusta, joihin sisältyy laaja terveystarkastus 18 kuukauden ja 4 vuoden iässä. Laajaan terveystarkastukseen sisältyy aina lääkärin tarkastus. Neuvolapalvelujen laatuksiteereiden täyttymisen edellytyksenä on, että määräaikaisten terveystarkastukset tehdään suositusten ja asetuksen (STM 2008b) sisältämien säännösten mukaisesti.

Lastensuojelulaki (2007/417) velvoittaa kunnan viranomaisia yhteistyössä tehtävään ehkäisevään lastensuojelutyöhön, jota toteutetaan muun muassa peruspalvelujen piirissä. Ehkäisevällä lastensuojelulla edistetään ja turvataan lasten kasvua, kehitystä ja hyvinvointia sekä tuetaan vanhemmuutta. Neuvolan on järjestettävä terveystarkastukset ja terveysneuvonta siten, että lapsen ja perheen erityisen tuen tarve tunnistetaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja järjestetään tarpeenmukainen tuki viiveettä. Neuvolatyön vaikuttavuutta lisätään suuntaamalla tehostettua tukea niille, jotka sitä eniten tarvitsevat eli positiivisella diskriminaatiolla.

Neuvolassa on hyvät mahdollisuudet erityistä tukea tarvitsevien tunnistamiseen ja palvelujen kohdentamiseen tukea eniten tarvitseville kuten uudessa asetuksessa säädetään. Kuntien olisi tarkoituksenmukaista kehittää menettelytapoja erityistä tukea tarvitsevien lasten ja perheiden määrän ja tuen oikeaan osuvuuden seuraamiseksi. Kansallisen selvityksen mukaan erityistä tukea tarvitsevien lasten ja perheiden määrää seurasi vain neljäsosa terveyskeskuksista vuonna 2007. Erityistä tukea tarvitsevien määräksi arvioitiin noin 10 % neuvoloiden asiakasperheistä (Hakulinen-Viitanen ym. 2008). Erityistukea tarvitsevista lapsista ja perheistä ei ole neuvoloissa riittävästi tietoa, koska seurantajärjestelmä kriteereineen puuttuu. Yhteisten menettelytapojen puuttuessa tuen tarpeen tunnistaminen ja tuen kohdentaminen saattaa olla sattumanvaraista ja kuormittaa yksittäistä työntekijää liikaa. Tällöin myös varhainen auttaminen ja kohdennetun tuen saanti viivästyvät.

Erityistä tukea tarvitseville perheille tulee järjestää mahdollisuus lisäkäynteihin ja neuvolasta on tehtävä kotikäyntejä näihin perheisiin (STM 2008b). Näitä käyntejä ei pystytä järjestämään riittävästi, jos neuvoloiden henkilöstöresurssit eivät ole suositusten mukaisia ja toimintaa leimaa kiire (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 2008).

Terveystarkastajan työn vaikuttavuutta voidaan parantaa monin tavoin. Ensisijaista on, että terveydenhoitaja käyttää työssään mahdollisimman vaikuttaviksi tiedettyjä menetelmiä ja perustaa työnsä näyttöön perustuviin hoitosuosituksiin (Käypä hoito –suositukset ja hoitotyön suositukset). Terveystarkastusten toteuttaminen yhtenevästi maan eri osissa luotettaviksi osoittautuneiden ja standardoiduin menetelmin ja huolellinen kirjaaminen on perustana valtakunnalliselle lasten terveyden seurannalle (ks. Mäki ym. 2008).

Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan Suomessa otetaan käyttöön valtakunnallinen yhtenäinen sähköinen potilaskertomus. Sen osana on määritelty sekä äitiyshuoltoon että lastenneuvolaan rakenteiset tiedot keskeisistä kasvua ja kehitystä koskevista tiedoista ja seulontamenetelmistä. Näiden määrittelyjen yhtenäinen saaminen tietojärjestelmiin on välttämätöntä. Rakenteisten tietojen määrittely ja tietojen tallentaminen yhtenäisellä tavalla koko perusterveydenhuollossa mahdollistavat tietojen paikallisen ja valtakunnallisen tilastoinnin. Tietojärjestelmien kehittämistyötä on tarpeen koordinoita kansallisesti järjestelmien yhteensopivuuden varmistamiseksi.

Heinäkuun alussa 2009 voimaan astuvaksi suunnitellun neuvolatoimintaa, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa sekä lasten ja nuorten ehkäisevää suun terveydenhuoltoa koskevan asetuksen (STM 2008b) tarkoituksena on varmistaa, että lasten, nuorten ja heidän perheidensä terveysneuvonta ja terveystarkastukset ovat suunnitelmallisia, tasoltaan yhtenäisiä ja yksilöiden ja väestön tarpeet huomioon ottavia kunnallisessa terveydenhuollossa. Asetuksen tavoitteena on tehostaa lapsiperheiden, lasten ja nuorten terveyden edistämistä ja ehkäisevää toimintaa, mukaan lukien väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Kyseessä on asetustasoinen kuntia sitova säädös, jolloin kunnat ovat velvollisia järjestämään määräaikaista terveystarkastusta asetuksen mukaisesti viimeistään 1.1.2011.

Neuvolatyön kehittämis- ja tutkimuskeskus osallistuu asetuksen ja muiden kansallisten ohjeistusten toimeenpanoon ja tukee neuvoloissa tehtävää kehittämistyötä. Lähivuosina neuvolatoimintaa kehite-

tään osana Kaste-ohjelmaa toteutettavaa lasten, nuorten ja perheiden palveluiden kokonaisuudistusta. Tarkoituksena on muun muassa vahvistaa ehkäisevää toimintaa, yli sektorirajat ulottuvaa yhteistyötä ja tuen tuomista lasten kehitysympäristöihin. (STM 2008c, STM 2009). Neuvolakeskus seuraa kansallisin selvityksin neuvoloiden tilannetta ja välittää tietoa päätöksentekijöille. Lisäksi se osallistuu neuvolatoimintaa käsittelevien hoitotyön suositusten tekoon yhteistyössä eri tahojen kanssa ja tuottaa tietoa neuvolatoiminnan vaikuttavuudesta. Neuvolahenkilöstön osaamista tuetaan järjestämällä vuosittain valtakunnalliset neuvolapäivät ajankohtaisista neuvolan teemoista ja ylläpitämällä kotisivuja (www.neuvolakeskus.fi).

10 Kouluterveydenhuollon kehittäminen

MARJA NIEMI

Suomalaiset lapset syntyvät maailman terveimpinä eikä vastasyntyneiden terveydentila voi tästä enää oleellisesti parantua. Silti kouluterveydenhuollon asiakkailta on suuria terveysuhkia, joista kansanterveyden kannalta merkittävimpiä ovat lasten ja/tai nuorten ylipaino, mielenterveys- sekä päihdeongelmat. Näiden isojen haasteiden ohella lasten ja nuorten yleisimmät pitkäaikaissairaudet diabetes, allergiat ja astma ovat lisääntyneet, mikä näkyy Kelan lääketilastoista. Koska pitkäaikaissairaudet ainakin poikien osalta ovat riskitekijä koulutukselliseen syrjäytymiseen (Rintanen 2000), pitkäaikaissairauksia sairastavien lasten ja nuorten tukemiseen pitäisi kiinnittää erityistä huomiota kouluyhteisössä.

Vaikka lasten ja nuorten masennuksen lisääntymisestä ei ole näyttöä, ovat masentuneisuuteen viittaavat oireet lisääntyneet 14- 16-vuotiailla tytöillä ja masennuslääkkeiden käyttö on lisääntynyt 13 -17-vuotiailla tytöillä seitsemänkertaiseksi vuodesta 1994 (2 %) vuoteen 2005 (14%).

Kouluterveyskyselyssä (Stakes 2008) on nuorten ilmoittama muukin oireilu lisääntynyt, kuten päivittäinen väsymys, viikoittainen päänsärky ja niska- ja hartiakivut, joita koki 17 – 33 % peruskoululaisista. Suomalaisten nuorten humalahakuinen juominen on WHO:n selvityksen mukaan merkitsevästi yleisempää kuin muissa Pohjoismaissa ja tutkituissa väestöissä keskimäärin (WHO 2008)

Lasten ja nuorten lihomisen myötä tyypin 2 diabetes on löytynyt jo 11-vuotiaalta lapselta ja kun lisäksi tiedetään tyypin 1 diabeteksen olevan Suomessa kaikkein yleisintä koko maapallolla, tulevat diabeteksen kalliit ja invalidisoivat komplikaatiot lisääntymään merkittävässä määrin ellei lasten ja lapsiperheiden painonhallinnassa onnistuta. Sama pätee tuki- ja liikuntaelinvaivoihin sekä sydän- ja verisuonisairauksiin.

Kouluväkivalta on saanut aivan uusia, järkyttäviä muotoja, minkä seurauksena suomalainen koulu-maailma on noussut koko maailman tietoisuuteen hyvin ikävällä tavalla. Jokelan ja Kauhajoen oppilaitoksissa tapahtuneet silmittömät väkivallanteot ovat levittäneet pelkoa ja ahdistusta koko kansaan, mutta etenkin kouluyhteisöihin.

Suurta huolta tulisi kantaa näiden äärimmäisten tekojen ohella siitä, että kouluterveyskyselyn mukaan kouluissa koetut eri kiusaamisen muodot, fyysinen uhka, fyysinen vahingoittaminen ja/tai henkinen kiusaaminen eivät ainakaan vuoteen 2008 mennessä näytä vähentyneen. Niiden vaikutukset yksilötasolla voivat johtaa lievista oireista hyvinkin vaikeiden psyykkisten häiriöiden syntyyn, joten kiusaamisen seuraukset voivat olla yksilön kannalta kauaskantoisia ja invalidisoivia ja yhteiskunnan kannalta paljon kustannuksia aiheuttavia.

Koululaisten terveystottumukset

Lasten ja nuorten kyselytutkimusten mukaan 12- 16-vuotiaiden tupakointi on kääntynyt laskuun, mutta vuonna 2008 kuitenkin vielä 16 % peruskoululaista tupakoi päivittäin. Lasten ja nuorten päihteiden käyttö lisääntyi vuoteen 2000 saakka. Tämän jälkeen huumekokeilut ovat vähentyneet, mutta humalahuominen on pysynyt pääosin ennallaan.

Nukkumiseen käytetty aika on lyhentynyt noin tunnilla 1970 luvun lopulta ja lasten ja nuorten nukahamisvaikeudet ja heräily on lisääntynyt. Siksi ei ole hämmästyttävää että kouluterveyskyselyn mu-

kaan 14- 16-vuotiaista huomattava osa (tytöistä 49 %, pojista 33 %) tunsi väsymystä vähintään kerran viikossa. Nuoret käyttivät särkylääkkeitä aikaisempaa enemmän, mikä on oletettavasti seurausta erilaisten koettujen oireiden kasvusta (päänsärky, niska- ja hartiakivut, selän alaosan kivut). WHO:n em. raportin mukaan suomalaislapset käyttivät kasviksia ja hedelmiä hyvin niukasti ja 13- ja 15-vuotiaiden poikien liikunta-aktiivisuus oli jo alle muiden väestöjen keskiarvon, vaikka liikuntaharrastukset ovatkin lisääntyneet osalla lapsista.

Arkiliikunnan vähenemisen sekä huonojen ruokatottumusten katsotaan olevan pääasiassa syynä lasten ja nuorten lihomiseen. Molempiin niihin vaikuttamalla ehkäistään myös tuki- ja liikuntaelinvairoja sekä sydän- ja verisuonisairauksia tyypin 2 diabeteksen ohella.

Nuorten seksuaalikäyttäytymisessä muutokset ovat olleet viimeisen kymmenen vuoden aikana pieniä. Positiivista on, että teiniraskauksien ja 15- 19-vuotiaiden raskauden keskeytysten määrä ovat Suomessa melko harvinaisia muuhun Eurooppaan verrattuna. Negatiivista kuitenkin on, että sukupuolitaudeista klamydiatartuntojen määrä on osoittanut jatkuvaa kasvua. Klamydian tekee erityisongelmaksi se, että se on tärkein yksittäinen syy sisäsynnytintulehduksiin, jonka sairastaneista naisista viidesosa kärsii myöhemmästä hedelmättömyydestä. Taudin löytämistä vaikeuttaa se, että klamydia tulehdus on useimmiten oireeton ja tämä asia on huonosti tunnettu nuorten keskuudessa. Terveystiedon oppiaine palautettiin kouluhin pakolliseksi oppiaineeksi ja sen opetus käynnistyi useimmissa kouluissa luvuvuonna 2004 - 2005. Sen avulla seksuaalikasvatus sai jälleen pakollisen oppiaineen aseman ja mahdollisuuden vaikuttaa nuorten asenteisiin ja tietotasoon tällä heille tärkeällä elämäalueella.

Meriläisen ja Kontulan (2007) mukaan seksuaaliterveystietokilpailussa 8. luokkien oppilaiden seksuaalitiedon taso oli vuodesta 2000 vuoteen 2006 hieman parantunut, mutta vakavaa tiedon puutetta oli sukupuolitaudeista, etenkin niiden oireettomuudesta. Harvat koululainen tiesi, että sukupuolitauti voi olla usein oireeton, ja tämä voikin tarjota yhden selityksen klamydia tartuntojen lisääntymiseen nuorten parissa.

Näiden tietojen valossa ei lasten ja nuorten terveystottumuksia eikä niissä tapahtunutta muutosta voi pitää kovin suotuisina, vaikka positiivisiakin asioita on.

Kouluterveydenhuollon mahdollisuudet ja tavoitteet

Kouluterveydenhuolto tarjoaa ainutlaatuisen mahdollisuuden tavoittaa kaikki oppivelvollisuuttaan suorittavat ikäluokat 7-vuotiaista 16-vuotiaisiin. Kouluterveydenhuolto on vuosikymmenien kuluessa vakiinnuttanut asemansa tunnettuna, arvostettuna, hyväksyttävänä ja kohderyhmälleen maksuttomana toimintana, jonka puoleen on ollut helppo kääntyä (matalan kynnyksen paikka). Kouluterveydenhoitaja on ainoa henkilö koulussa, joka tapaa vuosittaisen terveystarkastuksen yhteydessä jokaisen hänelle kuuluvien luokkien oppilaista henkilökohtaisesti, mikäli hänen työpaikassaan noudatetaan vallitsevia kansallisia suosituksia.

”Valmisteilla oleva ”Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta” velvoittaa kunnat jatkossa huolehtimaan oppivelvollisuusikäisten vuosittaisista terveystarkastuksista, joista kolme (ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella vuosiluokalla tehtävät) tulee järjestää laajoina. Tarkastusten tavoitteena on tukea lapsen tervettä kasvua ja kehitystä, mutta sen lisäksi tunnistaa lapsen, oppilaan, opiskelijan ja perheen tuen tai erityisen tuen tarve ja järjestää se viiveettä. Erityisen tuen tarve kattaa kaikki ne tekijät, jotka uhkaavat lapsen tai nuoren tervettä kasvua ja kehitystä, kuten sairaudet, oppimishäiriöt, käytöshäiriöt, mielen-terveysongelmat, kiusaaminen, vanhempien päihde- tai mielenterveysongelmat jne.

Tuen tarpeen selvittämisessä ja sen järjestämisessä tehdään yhteistyötä kunnan eri toimijoiden kanssa ja sen järjestämiseksi laaditaan lasten ja heidän perheidensä kanssa tavoitteellinen suunnitelma, jonka toteutumista tulee seurata.

Laajaan terveystarkastukseen sisältyy opettajan sekä vanhempien arvio lapsesta, sen suorittavat koululääkäri ja terveydenhoitaja ja siihen liittyy lapsen huoltajien hyvinvoinnin kartoitus.

Mikäli edellä kuvattu terveystarkastustoiminta saadaan toteutetuksi koko valtakunnassa siten, että terveystarkastuksen yhteydessä havaittuihin yksilöllisiin riskitekijöihin puututaan vaikuttavalla tavalla ja tuen tarpeen ilmaantuessa sitä pystytään tarjoamaan, voidaan odottaa merkittävää parannusta kouluterveydenhuollon vaikuttavuudessa koululaisten ja heidän perheidensä hyvinvointiin.

Yksilöön kohdistuvan toiminnan lisäksi kouluterveydenhuollon tavoitteena on koko kouluyhteisön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen sekä koulun työolojen ja koulutyön terveellisyyden ja turvallisuuden valvonta ja edistäminen. Näiden tavoitteiden toteuttamisessa kouluterveydenhuolto toimii osana oppilashuoltoa, samoin kuin tarvittaessa yksityisen oppilaankin tukitoimissa. Kolmen vuoden välein kouluterveydenhuolto osallistuu kouluyhteisön ja opiskeluympäristön työolojen tutkimiseen yhdessä oppilaitoksen, sen oppilaiden, terveystarkastajan, henkilöstön työterveyshuollon, työsuojeluhenkilöstön ja tarvittaessa muiden asiantuntijoiden kanssa.

Laajojen terveystarkastusten pohjalta arvioidaan oppilashuollon yhteistyönä koko luokka- ja kouluyhteisön tilaa ja mahdollisten lisätoimenpiteiden tarvetta. Lisäapuna toimii myös kouluterveyskysely, jonka koulukohtaiset tulokset ovat hyödynnettävissä joka toinen vuosi. Sen avulla on mahdollista saada tilastotietoa koululaisten näkemyksistä seuraavista aihealueista: koulutyö, koulukiusaaminen, terveys, mieliala, terveysopetus, seksuaaliterveys, tupakointi, muita päihteet, muita terveystottumukset, koulutapaturmat, rikkeet ja rikokset, rahapelit sekä koti ja ystävät.

Kouluterveyskyselyjen, kouluhoitajan terveystarkastusten sekä sukupuolitauti- ja raskaudenkeskeytystilastojen tietoja yhdistelemällä onkin hyvät mahdollisuudet edistää nuorten seksuaaliterveyttä koko valtakunnassa.

Kouluterveydenhuollon nykytilanne

Koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon kehittämiseksi on laadittu seuraavat oppaat ja julkaisut:

1. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. (Stakes ja sosiaali- ja terveysministeriö 2002).
2. Kouluterveydenhuollon laatusuositus, vuonna 2004. (Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto 2004).
3. Opiskeluterveydenhuollon opas, vuonna 2006. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).
4. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007 – 2011. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007):

Stakesissa tehdyn selvityksessä (Rimpelä ym. 2007.) todetaan: ”Mikään käytettävissä olevista tiedoista ei viittaa siihen, että laatusuosituksella olisi ollut merkittävää vaikutusta kouluterveydenhuollon keskimääräiseen kehitykseen Suomessa 2004 – 2007. Tämä vahvistaa sitä yleistä olettamusta, että pelkällä informaatio-ohjauksella ei ole riittävää vaikutusta, kun halutaan kehittää terveydenhuollon toimintaa johonkin tiettyyn suuntaan.

Opetushallituksen ja Stakesin ja Opetushallituksen raporteista (2007 ja 2008) ”Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa” (kysely 1. -6. vuosiluokkien ja 7.-9. vuosiluokkien kouluille) selviää, että maassamme on yksittäisten koulujen välillä suuret erot resursseissa ja toiminnan sisällössä (suhteessa suosituksiin) liittyen hyvinvoinnin ja terveyden edistämistoimintaan.

Erot resursseissa saattavat johtua siitä, ettei tarvittavia vakansseja ole lainkaan perustettu, mutta myös siitä, ettei pätevää henkilöstöä ole saatavilla. Terveyskeskuslääkäreistä on ollut jo useita vuosia pulaa ja se heijastuu neuvoloiden ja koulu- sekä opiskelijaterveydenhuollon lääkäritilanteeseen.

Koululaiset ja heidän perheensä ovat siis tässä suhteessa hyvin eriarvoisessa asemassa.

Mikäli valmisteilla oleva asetus hyväksytään jokseenkin nykyisessä muodossaan, tulee se muuttamaan tilannetta tasa-arvoisempaan suuntaan edellyttäen että kunnat noudattavat terveydenhuoltoa koskevaa lainsäädäntöämme.

Kouluterveydenhuollon kehittäminen hankkeiden avulla

1. Kouluterveydenhuollon muuttamista lausunnolla olevan asetuksen edellytysten mukaiseksi toiminnaksi pitäisi testata. Näin selvitetään, miten paljon resursseja tarvitaan, mitä ja miten paljon löydöksiä syntyy laajoissa (uudenmuotoisissa) terveystarkastuksissa. Samoin selvitetään, miten paljon ja millaisia tukitoimia tarvitaan sekä seurataan tukitoimien vaikutuksia, tukitoimien piirissä pysymistä. On tarpeen arvioida, miten paljon uusia toimintatapoja varten tarvitaan koulutusta, miten kirjaamiskäytännöt ja tietojärjestelmät saadaan vastaamaan tiedonkeruun tarpeita, jne.
2. Kouluterveydenhuollon työvoiman saatavuus ja riittävyys on arvioitava. Samoin on luotava seurantajärjestelmä julkisen sektorin henkilöstövoimavarojen suunnittelua varten.
3. Terveyserojen kaventaminen oppilashuollon toimenpiteiden ja terveystiedon opetuksen avulla on yksi haaste, johon voitaisiin vastata kehittämishankkeilla. Näillä hankkeilla osallistuttaisiin myös kouluikässä alkavan syrjäytymisen ehkäisyyn.

11 Suun terveydenhuolto terveyskeskuksissa

EEVA WIDSTRÖM

Johdanto

Suun terveydenhuollossa toteutettiin vuosituhaten vaihteessa mittavia uudistuksia. Aikuisten hoitoonpääsyä terveyskeskuksiin rajoittaneet ikärajat poistettiin vuoden 2002 lopussa ja samalla kaikki aikuiset otettiin sairausvakuutuskorvausten piiriin yksityissektoria käytettäessä. Tällöin ennen vuotta 1956 syntyneet pääsivät hammashoidossa vihdoin samaan asemaan vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneiden kanssa. Hammaslääkärikoulutuksen klinisen opetuksen siirtäminen yliopistojen omilta hammasklinikoilta terveyskeskuksiin vuonna 2000 vahvisti myös terveyskeskusten asemaa. Hoitotakuulainsäädäntö (2005) tiukensi hoitoonpääsyaatimuksia julkisella sektorilla ja määritteli odotusajaksi korkeintaan kuusi kuukautta. Uudistusten tavoitteena oli järjestää koko väestön hammashoito muutuneitten hoitotarpeiden mukaiseksi ja edistää tasa-arvoa hammashoitopalvelujen käytössä sekä vähentää hoitokustannusten merkitystä palvelujen käytön esteenä. Tavoitteena oli myös saattaa suun terveydenhoito samaan asemaan muun terveydenhuollon kanssa.

Uudistuksen jälkeen aikuisten hammashoidon kysyntä kasvoi voimakkaasti erityisesti terveyskeskuksissa, mutta myös yksityissektorilla (Nihtilä & Widström 2005; Kiiskinen ym.2005). Hammashoidon kysyntää on myös nostanut hampaattomuuden väheneminen. Kun alle 65-vuotiaasta aikuisväestöstä enää 6 % on hampaattomia, niin tätä vanhemmista vastaava osuus on vieläkin 44 %. Jatkossa aikuisten ja ikäihmisten hoidon kysyntä ja tarve tulevat entisestään kasvamaan ja nuoren väestön hoidon tarve vähenee pitkällä tähtäimellä (Suominen-Taipale et al. 2004). Palveluita käyttäneiden määrä nousi uudistuksen jälkeen kuitenkin suhteellisen vähän, vaikka vuoden 2000 väestötutkimuksen mukaan aikuisilla suun hoidon tarve oli suurta. Sosiaali- ja terveysministeriön ja Stakesin selvitysten mukaan vain noin 80 % terveyskeskuksista pystyi vuoden 2008 alussa noudattamaan hoitotakuulainsäädännön asettamia enimmäisaikarajoja hoitoon pääsyssä ja monissa terveyskeskuksissa on yhä pitkiä jonoja (Stakes 2008). Osa kasvaneesta kysynnästä kilpistyi suurten terveyskeskusten jonoihin. Keväällä 2008 tehdyssä selvityksessä todettiin 11 800 henkilön jonottaneen suurten kaupunkien terveyskeskuksiin yli puoli vuotta. Tilanne oli kuitenkin parantunut aikaisemmista vuosista. Tärkeimpänä syynä jonojen muodostumiseen terveyskeskukset pitivät hammaslääkäripulaa ja osassa terveyskeskuksissa myös suuhygienistipulaa.

Aikaisempien tutkimusten mukaan hammashoidossa on tapahtunut uudistusten jälkeen tavoitteiden mukaisia muutoksia, mutta ne ovat olleet hitaita (Niiranen et al. 2008). Alalla ehdittiin tottua hyvin pienin askelin tapahtuviin parannuksiin kansanterveyslain astuttua voimaan. Lasten ja nuorten hoidon priorisointia tehtiin aikuisten kustannuksella liiankin pitkään lähtökohtana vahva usko siihen, että terveyskeskushammashoito ratkaisevalla tavalla pystyy ehkäisemään suu- ja hammassairauksia erityisesti lapsilla ja nuorilla säännöllisesti toistuvilla tarkastuksilla ja ehkäisevillä ja korjaavilla hoitotoimenpiteillä. Uudempien tutkimusten mukaan näiden sairauksien ehkäisyssä keskeisintä on hyvä kotihoito tilanteessa, jossa suun terveys on yleisesti ottaen melko hyvä. Vähemmälle huomiolle on jäänyt se että tutkimustulokset osoittavat myös että aikuisväestö pystyy hammashoitotoimenpiteitten ansioista säilyttämään aikaisempaa enemmän omia hampaita ja että korjaava hammashoito parantaa elämänlaatua. Näin ollen toimivat hoitopalvelut ovat kaikenikäisille yhtä tärkeitä.

Terveyskeskuksissa tärkeimmät keinot sopeutua uudistuksen myötä kasvaneeseen kysyntään ovat olleet lisähenkilöstön rekrytointi ja pyrkimys työnjaon muuttamiseen hammaslääkärin ja suuhygienistin välillä. Uusia toiminnan järjestämiseen liittyviä innovaatioita on ollut vähän ja työtä näyttäisi ohjaavan aikaisempi käytäntö ja vakiintuneet työrutiinit. Muutosvastarinta terveyskeskuksissa on ollut suurta. Erityisesti kiireellisen hoidon kysynnän kasvu on koettu rasittavaksi ja henkilökunta on epäillyt väestön käyttävän kiireellisyyttä verukkeena hoitoon pääsyn nopeuttamiseksi (Turunen ym. 2008), vaikka tutkimukset eivät uskomusta tue.

Potilaiden lisäys tapahtui pääosin julkisella sektorilla. Aikaisempien tutkimusten valossa näyttää siltä että yksityissektorilla on jo asiakkainaan valtaosa hammashoitopalveluita säännöllisesti käyttävästä hyvin koulutetusta ja hyvätuloisesta väestöstä eikä yksityissektorilla näyttänyt olevan tarvetta hankkia lisää asiakkaita eikä erityisemmin kasvattaa liikevaihtoaan. Terveyskeskuksissa uudet asiakkaat edustivat pääosin keskiluokkaa (Kiiskinen ym. 2005), joten tältä osin sosiaalisten erojen palvelujen käytössä voidaan katsoa jonkin verran vähentyneen. Silti palvelujen käyttö ei vielä kukaan kohdistu väestön tarpeitten mukaisesti, niin kuin esimerkiksi Ruotsissa, jossa vähän koulutusta saaneet käyttävät palveluita enemmän kuin korkeasti koulutetut - aivan niin kuin terveystietojen valossa asian pitäisi olla. Hoidon sisällössä ja laadussa on vielä suuria potilaiden sosioekonomiseen taustaan liittyviä eroja. Iäkkään aikuisväestön tärkeimpään suunterveysongelmaan - hampaattomuuden ja puuttuvien hampaiden korvaamiseen - ei ole toistaiseksi pystytty kohdentamaan riittävästi resursseja, vaan yhteiskunnan tuki suun hoitoon lähtee yhä vielä pääosin nuorehkon väestön tarpeista.

Kyselytutkimus suun terveydenhuollon johdolle perusterveydenhuollon kehittämistarpeista

Koska terveyskeskusten suun terveydenhuollon näkemyksiä ei arvioitu saatavan riittävästi esille toteutetun maakuntakierroksen avulla, kehittämistarpeita päätettiin selvittää erikseen asiaa koskevalla kyselytutkimuksella. Kyselytutkimuksen raportti on tämän raportin liitteenä.

Yhteenvetona tutkimuksesta, johon saatiin vastaukset 29 terveyskeskuksesta, voidaan tässä tiivistää seuraavaa:

- Toteutettu hammashoitouudistus oli saatu vastaajien mukaan hyvin toteutetuksi 10 terveyskeskuksessa, kohtalaisesti 17:ssä ja huonosti kahdessa. Syiksi uudistusten ei-tydyttävälle toteutumisella esitettiin aikuisikäisten hoidon kysynnän voimakas kasvu, hammaslääkäri työvoiman puute ja yleensä ottaen voimavarojen riittämättömyys suhteessa velvoitteisiin.
- Lähes 60 % vastaajista ilmoitti terveyskeskuksessaan esiintyvän pulaa hammashoitohenkilöstöstä; vajaukset koskevat kaikkia hammashoidon ammattiryhmiä, mutta eniten hammaslääkäreitä.
- Kolmannes vastanneista terveyskeskuksista ilmoitti olevansa kiinnostunut rekrytoimaan hammaslääkäreitä muista EU-maista.
- Erikoishammaslääkäreistä esiintyi pulaa varsin yleisesti, myös vastanneiden paikkakunnilla yksityissektorin puolella
- "Erikoishammashoidon" (joka järjestetään yleensä erikoissairaanhoidon yhteydessä) toiminnassa esiintyy puutteita, jotka liittyvät avainhenkilöstön puuttumiseen tai yleensä voimavarojen niukkuuteen.

- Kehittämisen tarpeita raportoitiin olevan pitkäaikaishoidon piirissä eri hoidon portailla olevien suun hoidon järjestämisessä, ehkäisevän työn sisältö- ja materiaalikysymyksissä, neuvolatyössä sekä päivystyspalveluissa
- Vastaajat tuottivat lukuisia kehittämis ehdotuksia, jotka koskivat erikoishammas hoidon järjestämistä sekä hoidon prosessien sekä henkilöstön koulutuksen järjestämistä.

Yhteenvetoa kehittämistarpeista suun terveydenhuollossa

Pula henkilöstöstä, ennen kaikkea hammaslääkäreistä ja erikoishammaslääkäreistä ja erikoissairaanhoitotasaisen suunhoidonjärjestelyt ovat tällä hetkellä suurimpia suurimpia ongelmakohtia suun terveydenhuollossa. Jo pari vuotta sitten tehdyssä selvityksessä hammashoitouudistuksen aiheuttamana ongelmana tuotiin esiin "terveyskeskushammashoitoloiden tukkeutuminen potilastulvan alla". Ongelmat ilmenivät muun muassa hoitojaksojen venymisenä ja hoidon muuttumisena päivystysluontoiseksi. Useimmat johtavat hammaslääkärit katsoivat terveyskeskusten hammashuollon tarvitsevan lisää työvoimaa - "käsipareja" - ja näkivät henkilöstöresurssien heikon saatavuuden hammashoitouudistuksen tavoitteiden saavuttamisen tiellä olevana esteenä. Hammaslääkärikunnan ikärakenteesta johtuva eläköityminen tulee vaikeuttamaan työvoiman tarpeeseen vielä monia vuosia huolimatta opiskelijoiden sisäänoton kasvattamiseksi tehdyistä toimenpiteistä.

Hammaslääkärien rekrytointiin muista EU maista ei meillä ole juuri ryhdytty. Naapurimaissamme Ruotsissa ja Norjassa tätä on tehty jo vuosia ja Isossa-Britanniassa jo noin neljännes hammaslääkärikunnasta on koulutettu maan rajojen ulkopuolella. EU:n sisällä työvoiman liikkuvuus on tavoiteltavaa ja monissa uusissa EU-maissa on runsaasti hammaslääkäreitä, jotka eivät työllisty omassa maassaan, kun hammashoitoa on viime vuosina yksityistetty (Widström & Eaton 2004).

Erikoishammaslääkäritasoisien palvelujen tarve on uudessa tilanteessa selvästi korostunut, kun hoitoon on tullut iäkkäämpiä ja hoidollisesti vaativampia potilaita. Kyselytutkimuksen vastausten perusteella oli ilmeistä, etteivät erikoissairaanhoidon suun hoidon yksikköjen resurssit riitä takaamaan tarpeellisia palveluita kaikissa sairaanhoitopiireissä. Siksi vastaajat suunnittelivat järjestävänsä ns. väliportaan erikoishammashoitoa yhä enemmän omana toimintana ja erikoishammaslääkäreitten tarve koettiin suureksi.

Myös työprosessien ja oman työn hallinta muuttuneessa työympäristössä koettiin tärkeäksi kehittämis kohteeksi. Lisäksi vastaajat ehdottivat keskinäistä yhteistyötä useissa pienemmissä, käytännön työhön liittyvissä asioissa. Oli ilmeistä että tietoa käynnissä olevista hankkeista ja kehittämisprojekteista tarvittaisiin enemmän. Ehdotuksia käytännön toimenpiteistä ja toimintatavoista voidaan kuitenkin tehdä vasta kun Perusterveydenhuollon kehittämisprojektin organisointi on saatu valmiiksi.

12 Kehittämistoiminnan rakenteet ja toimeenpano

Tässä raportissa esiteltävä suunnittelutyö on siis tähdännyt Kaste-ohjelman kohdan 36 mukaisen perusterveydenhuollon kehittämisrakenteiden ja toiminnan suunnitteluun.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos perusterveydenhuollon kehittämistoiminnassa

Samanaikaisesti rakennettiin Stakesin ja Kansanterveyslaitoksen yhdistymisen tuloksena vuoden 2009 alusta toimintansa käynnistäneen Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toimintarakenteita. THL:aan on muodostettu sosiaali- ja terveyspalvelut –toimialalle palveluosaston alaisuuteen yksikkö nimeltään perus- ja erityistason palvelut. Tämän yksikön päävastuulla tulee olemaan THL:ssa perusterveydenhuollonkin kehittämistoiminta yhdessä muiden perus- ja erityistason palveluiden kehittämisen kanssa.

Valtakunnallista kehittämistehtävää evästettiin suunnittelutyön edetessä seuraavanlaisin linjauksin.

- * Valtakunnallisessa roolissaan THL:n tulisi koota ja organisoida maan perusterveydenhuoltoa, sen rakenteita, toiminnallisia ratkaisuja ja kehittämishankkeita koskevaa tietoa, sekä välittää tätä tietoa perusterveydenhuollon kentän, valtiovallan ja muiden kehittämiseen osallistuvien yhteistyökumppanien välillä.
- * Maassa on tämänkin selvitystyön valossa lukuisia erilaisia ja eri yhteistyöverkoissa toimivia perusterveydenhuollon kehittämistyötä tekeviä organisaatioita. Näiden toiminnan tunteminen ja tiedon välittäminen käynnissä olevien hankkeiden ja syntyvien innovaatioiden välillä olisi tärkeä valtakunnallinen tehtävä.
- * THL:n on tarpeen seurata kotimaisen kehityksen rinnalla perusterveydenhuollossa kansainvälisellä kentällä ja kansainvälisten järjestöjen, asiantuntija- ja tutkimuslaitosten työssä tapahtuvaa kehitystä ja välittää soveltuvilta osin tietoa Suomeen sekä toimitaan tarvittaessa yhdyslinkkinä Suomesta kansainväliselle kentälle.
- * THL:n on myös tarpeen seurata perusterveydenhuoltoa koskevaa eri soveltuvien tieteenalojen tutkimusta ja välittää tutkimustietoa kentän ja muiden toimijoiden käyttöön.
- * THL:lle suunnitellaan keskeistä roolia Toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelman täytäntöönpanossa.
- * THL voi asiantuntijaorganisaationa edistää sekä organisaation oman tutkimus- ja kehittämistoiminnan kohdistumista perusterveydenhuollon tärkeimpiin tehtäväalueisiin ja haasteisiin. THL voi myös toimia kehittämisideoiden kypsyttelyn ja taustaselvitystyön tehtävissä yhdessä Kaste-ohjelmaa toteuttavien kentän toimijoiden kanssa.
- * THL:lla tulee olemaan avainrooli perusterveydenhuollon mittavan tilastouudistuksen toteuttamisessa sekä kerättävän tiedon hyödyntämisessä eri käyttötarkoituksiin.

Kentän toimijoita ja toiminnan verkostoja

Vuoden 2008 aikana toteutetun kenttäkierroksen aikana osoittautui, että perusterveydenhuollon kehittämistoiminnassa on syntynyt jo 2000-luvun aikana useanlaisia toimijoita ja verkostoja, jotka on syytä ottaa kehittämistoiminnan olemassa olevina tai kehittyvinä rakenteina huomioon.

Erityisesti räätälöity verkostoituva rakenne on Rohto-keskuksen verkosto, joka kattaa suurimman osan maan perusterveydenhuollon toimijoista alueittain tarkasteltuna. Verkostossa on mukana pääasiassa terveyskeskuksia, mutta myös yksityisiä perusterveydenhuollon palveluiden tuottajia. Verkosto keskittyy perustehtävänsä mukaan lääkehoidon kysymyksiin, mutta Rohto-toiminnan periaatteiden mukaisesti lääkehoidon kysymyksiä tarkastellaan osana palveluiden kokonaisuuksia.

Yliopistojen yleislääketieteen laitokset ja osassa sairaanhoitopiirejä toimivat perusterveydenhuollon tai yleislääketieteen yksiköt ovat rakentaneet vahvan ja arvostetun aseman. Alun perin yleislääketieteen laitokset ovat verkottuneet opetus- ja koulutustoiminnan järjestämistä varten. Tutkimustoimintaa sekä viime aikoina monimuotoista kehittämistoimintaa on edistetty saman verkstorakenteen pohjalta. Yliopistopaikkakuntien rinnalla Satakunnan ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirien yksiköt ovat Turun ja Kuopion yliopistojen tukemina rakentaneet vahvoja omia yksiköitään. Yliopistojen lääketieteellisten tiedekuntien lisäksi hoitotieteen ja terveydenhuollon hallinnon laitokset ja erilliset tutkimus- tai kehittämisyksiköt liikkuvat ennen kaikkea tutkimuksen alalla perusterveydenhuollon maaperällä, joskin yksittäisten yksiköiden huomion kohdistumisissa on eroja. Myös monissa ammattikorkeakouluissa on virinnyt perusterveydenhuoltoon tai koko kunnalliseen peruspalvelujärjestelmään suuntautuvaa vilkasta tutkimus- ja kehittämistoimintaa.

Akateeminen terveyskeskus on tutkimus- ja kehittämistoimintaa varten kehitetty Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitoksen koordinoima verkosto, joka toimii useissa terveyskeskuksissa, pääosin Helsingin yliopiston erityisvastuualueen maantieteellisellä alueella.

Maan suurimmilla kaupungeilla on omissa organisaatioissaan käytössä aktiiviset kehittämisyksiköt tai tutkimus- ja kehittämisresurssit. Selvitystyön yhteydessä tarjoutui tilaisuus tutustua Helsingin, Oulun, Kuopion, Espoon ja Vaasan kehittämistoimintaan ja hankkeisiin. Näiden kaupunkien hankesalkut olivat varsin mittavia ja mukana on todella innovatiivisia hankkeita, jotka kehittävät palvelujärjestelmää ja olisivat koko maahan levitettäviksi sopivia.

Päijät-Hämeen, Itä-Savon ja Kainuun sosiaali- ja terveystieteiksi luokiteltavissa palveluorganisaatioissa oli aktiiviset ja laajat hanketoiminnat, jotka kattoivat sosiaali- ja terveyspalveluiden kenttää laajoilla alueilla. Muista kuntayhtymäpohjaisista organisaatioista Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymällä ja Oulunkaaren alueella, jonne rakennetaan omaa peruspalveluiden yhteistoiminta-alueita, on myös merkittävät hanketoiminnat käynnissä.

Erityisenä positiivisena ”yllätyksenä” tuli kenttäkierroksella vastaan ”Oulun eteläisen alueen” kuntien poikkeuksellisen vahva perinne kehittää sekä perusterveydenhuoltoa että peruspalveluita koko laajuudessaan mittavan hanketoiminnan avulla. Tämän aktiviteetin taustalta löytyi Oulaisissa toimiva ammattikorkeakoulun yksikkö ja joukko yksikössä työskenteleviä asiantuntijoita.

Selvitystyön aikana ja erityisesti sen edetessä kävi ilmi, että uutena kehittämistoiminnan rakenteena luodut alueelliset KASTE-hankkeiden toimikunnat, joilla ei suoraan ollut toiminnallisia edeltäjiä, olivat johtamassa alueelliseen toimijoiden tiivistyvään yhteistyöhön. Yhteistyö rakentui hankesuunnittelun, toteutuviksi hyväksytyjen hankkeiden ympärille muodostuvan yhteistyön ja näille puolestaan rakentuvan uusien hankkeiden suunnittelun varaan. Näyttää ilmeiseltä, että muutamassa vuodessa syntyy

tavallaan uudelle pohjalle hanketoiminnan yhteistyörakenteita, mikä on ollut alueellisella organisoinnilla tarkoituksenakin. Näihin liittyen omaleimaisin uusi kehittämistoiminnan yhteistyörakenne on Pohjois-Suomen sosiaali- ja kehittämis- ja tutkimuskeskus. Siinä Pohjois-Suomen sosiaalialan osamiskeskuksen (POSKE) toimintaan yhdistettäisiin myös terveysalan kehittämis- ja tutkimustyö. Tämä keskus toimisi kahden Lapin läänin alueella sijaitsevan sairaanhoitopiirin alueella yhteisenä. Mukana suunnittelutyössä on laaja rintama erilaisia lappilaisia organisaatioita, mutta toimintaan antaa pontta juuri KASTE-hanketoiminta rahoituksineen.

Yleiskuva osoittautuu ennakkokäsityksiin verrattuna monimuotoiseksi ja runsaaksi. Perusterveydenhuollon alueelta ei siis puutu kehittämistoiminnan toimijoita. Toimijat ovat osaksi alueellisesti verkottuneita, osaksi niillä on omat erikseen muodostetut verkostonsa – esimerkiksi Rohto-toiminta ja Akateeminen terveyskeskus. Mukana on myös paljon varsin itsenäisesti toimivia vahvoja palvelujärjestelmän toimijoita, kaupungeja ja kuntayhtymiä.

Maassa ei ole kovin laajoja sellaisia kehittämistoiminnan rakenteita, jotka olisi koonnut yhteen ympäri maata työn kohteen tai toimialan mukainen yhteinen mielenkiinto. Poikkeuksena tästä ovat perusterveydenhuollon työn sisällön tarkastelussa ja tuotteistamisessa liikkeellä olleet verkostot APR- ja Pettu-hankkeiden ympärillä. Lisäksi näytti siltä, että suurten yhteispäivystysten suunnittelun ja toteutuksen ympärillä oli muodostunut näihin liittyvää erityisosaamista ja yhteydenpitoa kokemusten ja materiaalien jakamisen sekä yksikkövierailujen muodossa. Kentällä syntyi väistämättä ajatuksia siitä, että uusien haasteiden kanssa työtä tekeviä terveyskeskuksia ja muita yksiköitä olisi hyödyllistä saattaa eri tavoin yhteen. Monilla paikkakunnilla etsitään ja kehitetään vastaanottotoimintaan uusia ratkaisuja ja malleja esimerkiksi listautumisen, puhelinpalvelun ja muiden uusien yhteydenpitomuotojen sekä hoitotyön vastaanottotoiminnan kokemusten käyttöön ottamiseksi. Innovatiivisia palvelumuotoja ja erilaisia palvelusovelluksia on käytössä tai rakenteilla mm. ikääntyneiden kotiin tuotettavissa intensiivisissä palveluissa, suun terveydenhuollossa, mielenterveys- ja päihdepalveluissa ja lasten ja lapsiperheiden palveluiden kehittämisessä perhekeskus- tai perhepalvelukeskussuuntaan.

Tältä pohjalta nousee päätelmäksi, että uusien verkostojen muodostamisen asemesta pitäisikin ehkä kehittää tapoja ja tekniikoita virittää olemassa olevaa aktiivisuutta toimimaan entistä päämäärätietoisemmin ja myös siten, että hyvät ja toimivat ratkaisut ja käytännöt voisivat levitä sekä verkostoituneita rakenteita pitkin että myös koko perusterveydenhuollon kenttään.

Toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelma ja sen täytäntöönpano

Syksyllä 2008 käynnistettiin sosiaali- ja terveysministeriössä Terveyskeskus 2015-hankkeen jatkoksi ja osaksi Kaste-ohjelmaa suunniteltu Toimiva terveyskeskus-toimenpideohjelma:

Ohjelman tarkoituksena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa kehittämällä 1) terveyskeskusten käytäntöjä, 2) hallintoa ja johtamista sekä 3) terveydenhuollon koulutusta ja 4) tutkimusta. Ohjelman toimenpiteet on ryhmitelty näiden neljän otsakkeen alle.

Toimiva terveyskeskus -ohjelman tarkoituksena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa kehittämällä terveyskeskusten käytäntöjä, hallintoa ja johtamista sekä terveydenhuollon koulutusta ja tutkimusta. Ohjelmassa paneudutaan erityisesti terveydenhuoltohenkilöstön saatavuuteen ja riittävyyteen, sillä ne ovat terveyskeskusten toimivuuden avaintekijöitä.

Ohjelman sisältämät uudistukset otetaan terveyskeskuksissa vaiheittain käyttöön vuosina 2009-2011.

Toimenpideohjelmaa on kehitelty sosiaali- ja terveysministeriön palveluosaston asiantuntijoiden johdolla sekä käyttäen avuksi työryhmätyöskentelyä, jolla perusterveydenhuollon ammattiryhmät on kytkeyty ammattiliittojensa kautta mukaan hankkeeseen. Maaliskuussa 2009 järjestettiin koko maan terveystieteiskeskusjohdolle ja alan asiantuntijoille suunnattu seminaari, jossa käytettiin aikaa ohjelman käytännön toteutuksen ideointiin.

Ohjelmassa ehdotettavista toimenpiteistä ja uudistuksista ollaan juuri loppukevään 2009 aikana laatimassa erillistä toimeenpanosuunnitelmaa, jota ryhdytään vaiheittain toteuttamaan vuosina 2009-2011.

Toimiva terveystieteiskeskus-ohjelmasta muodostuu lähivuosiksi näkyvä ja tärkein väline, jonka avulla perusterveydenhuoltoa kehitetään ja vahvistetaan.

Tämän raportin tulokset ja saadut kentän evästyksiset on tuotu mukaan toimeenpanosuunnitelman valmisteluun eri muodoissa. Toimeenpanosuunnitelman sisältö tullaan esittelemään erikseen sen valmistuttua.

Lähteet

- Arntzen A, Mortensen L, Schnor O, Cnattingius S, Gissler M & Andersen AM. 2008. Neonatal and postneonatal mortality by maternal education: a population-based study of trends in the Nordic countries, 1981-2000. *European Journal of Public Health* 18(3), 254-251.
- Bardy M, Salmi M & Heino T. 2001. Mikä lapsiamme uhkaa? Suuntaviivoja 2000-luvun lapsipoliittiseen keskusteluun. Stakes, Raportteja 263. Saarijärvi.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M & Haapakorva A. 2005. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 22. Helsinki.
- Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M, Saaristo V, Hastrup A & Rimpelä M. 2008. Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta 2007. Tulokset ja seurannan kehittäminen. Stakes, Raportteja 21. Helsinki.
- Halmesmäki E & Autti-Rämö I. 2005. Fetaalialkoholisyndrooma: Voidaanko lapsen ennustetta parantaa? *Duodecim* 121, 54-61.
- Harjajärvi, M., Pirkola, S., Wahlbeck, K. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. Suomen Kuntaliitto ja Stakes. Acta Nro 187. Helsinki, 2006.
- Hasunen K & Ryynänen S. 2006. Imeväisikäisten ruokinta Suomessa vuonna 2005. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 19. Helsinki.
- Heimo E. 2002. Erityistuen tarpeessa olevan lapsiperheen tunnistaminen ja psykososiaalinen tukeminen äitiys- ja lastenneuvolassa: seurantatutkimus vuosina 1997-2000. Sarja C, Scripta lingua Fennica 184. Turun yliopisto.
- Hiitola J. 2008. Selvitys vuonna 2006 huostaanotetuista ja sijaishuoltoon sijoitetuista lapsista. Lastensuojelun sijaishuollon kehittäminen Tampereella, Tampereen seutukunnassa ja Etelä-Pirkanmaalla - hanke. Stakes, Työpapereita 21. Helsinki
- Hoitotakuulainsäädäntö 855/2004 ja 856/2004.
- Hukkanen E, Vallimies-Patomäki M. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2005:21.
- Kaitosaari T, Rönnemaa T, Viikari J, Lagström H, Niinikoski H, Hakanen M & Simell O. 2005. Varhaisen ravitsemusneuvonnan vaikutus lasten seerumin rasva-arvoihin ja kasvuun STRIP-projektissa. *Suomen Lääkärilehti* 60, 21-26.
- Kangas M. Väestövastuujärjestelmä 10 vuotta: edut ja mahdolliset haitat. *Suomen Lääkärilehti* 1999:54:2161.
- Kansanterveyslaki 2005/928, www.finlex.fi
- Kiiskinen U, Suominen Taipale L, Aromaa A, Arinen S (2005) Koettu suun terveys ja hammashoito- palvelujen käyttö hammashoitouudistuksen aikana. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 22. Helsinki: Kansanterveyslaitos.

Kimanen A, Manninen P, Kankaanpää E, Räsänen K, Husman P, Rautio M, Husman K. Sairaanhoito työterveyshuollossa: toimintalukujen ja kustannusten vertailua. Suomen Lääkärilehti 63: 21:1965-1970, 2008.

Kokko S. Kunnallisten sosiaali- ja terveystalouden muuttuvat organisointitavat. Kirjassa: H Uusitalo, M Staff (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997, ss. 49-71, Stakes. Raportteja 214, Gummerus Oy, Jyväskylä 1997.

Kokko S, Valtonen H, Kokko S, Valtonen H. Kunnat ja vanhuspalveluiden pitkäaikaishoidon rakennemuutokset. Yhteiskuntapolitiikka 2008;73:12-23.

Kuntalaki 1995/365, www.finlex.fi

Lahtinen Y, Mikkola T. Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset vuonna 2007. E-kirja. Suomen Kuntaliitto 2008.

Lastensuojelulaki 2007/417.

Leino T, Koskeniemi E, Saranpää P-R, Strömberg N & Kilpi T. 2007. Rokotuskattavuus edelleen huippuluokkaa. Suomen Lääkärilehti 62, 739-743.

Mattila J, Mäkelä M. Tutkimustoiminta terveyskeskuksissa: nykytila ja tulevaisuus. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 2005:4.

Meriläinen H, Kontula O. Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa. Väestöliiton julkaisuja, Helsinki 2007.

Mikkola H. Kokemuksia lääkäripalvelujen kilpailuttamisesta henkilöstön vuokraustoiminnassa. Premissi 2006:3.

Myllymäki K. Terveyskeskus 2015 – terveyskeskustyön tulevaisuus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 2006:56.

Mäkelä M, Åström M, Bergström M, Sainio S. Alueellinen väestövastuu terveyskeskuksissa: toiminta ja kustannukset. Raportteja 107. Stakes 1993.

Mäki P, Laatikainen T, Koponen P, Hakulinen-Viitanen T & LATE-työryhmä. Lasten ja nuorten terveysseurannan kehittäminen. LATE-hanke. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 28/2008. Helsinki.

Newacheck PW, Kim SE, Blumberg SJ & Rising JP. 2008. Who is at risk for special health care needs: findings from the national survey of children's health. Pediatrics 122, 347-359.

Nihtilä A & Widström E (2005) Haasteena oikeudenmukaisuus - keski-ikäisten kokemuksia hammashoitouudistuksesta pääkaupunkiseudulla. Yhteiskuntapolitiikka 70(3), 323-333.

Niiranen T, Widström E, Niskanen T (2008) Oral Health Care Reform in Finland - reducing inequity in care provision. BMC Oral Health 2008. 8(39). <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/8/3>

OECD Reviews of Health Systems: FINLAND, OECD 2005.

Opetushallitus ja Stakes. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen peruskouluissa – perusraportti kyselystä 7.-9. vuosiluokkien kouluille. Toim. M Rimpelä ym. Opetushallitus ja Stakes, Helsinki 2008.

- Pajulo M, Savonlahti E, Sourander A, Helenius H & Piha J. 2001. Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorders* 65, 9-17.
- Pelanteri S. Terveyskeskusten perusterveydenhuollon vuodeosastohoito 2007. Tilastotiedote 34/2008, 19.12.2008. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2008. Stakes.
- Perttilä, K & Uusitalo M (toimi.).(2007). Terveiden edistämisen paikalliset rakenteet ja johtaminen. TEJO-hankkeen väliraportti 2003-2005. Raportteja 4/2007, Stakes 2007.
- Rajantie J & Perheentupa J. 2005. Lasten terveys. Teoksessa: Aromaa A, Huttunen J Koskinen S & Teperi J (toim.) Suomalaisten terveys. Duodecim, Stakes, Kansanterveyslaitos, Helsinki, 299-306.
- Rimpelä M, Wiss K, Saaristo V, Happonen H, Kosunen E, Rimpelä A. Kouluterveydenhuollon laatusuosituksen toimeenpano 2004-2007. Työpapereista 32/2007, Stakes 2007.
- Rimpelä M, Happonen H, Saaristo V, Wiss K & Rimpelä A. 2008. Äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnit, terveystarkastukset ja voimavarat 2007-2009. Stakes, Raportteja 40. Helsinki.
- Rimpelä Matti, Saaristo Vesa, Wiss Kirsi ja Ståhl Timo (toim.). Terveiden edistäminen kunnan perusterveydenhuollossa: Perusraportti 2008. Julkaistaan kesällä 2009 THL:n Raportti-sarjassa.
- Rimpelä Matti. Johtaminen. Raportissa: Rimpelä Matti, Saaristo Vesa, Wiss Kirsi ja Ståhl Timo (toim.). Terveiden edistäminen kunnan perusterveydenhuollossa: Perusraportti 2008. Julkaistaan kesällä 2009 THL:n Raportti-sarjassa.
- Rintanen H., Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämänselässä Väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis; 740, Tampereen yliopisto, Tampere 2000.
- Saarelma, O., Lommi, M-L., Hemminki, A., Leppäkoski, A-M. & Siefe, L. 2008. Toimiva hoitomalli pitkäaikaissairauksien hoitoon. Suomen Lääkärilehti 50(63), 4441-4448.
- Sarkkola T, Kahila M, Gissler M & Halmesmäki E. 2007. Risk factor for out-of-home custody child care among families with alcohol and substance abuse problems. *Acta Paediatrica* 96, 1571-1576.
- Sosiaali- ja terveysministeriö: Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi, STM työryhmämuistioita 2002:3.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu- ja 2009:3.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6., Helsinki 2008.
- Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto. Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita, 2004:8.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriö, Oppaita 14. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Opiskeluterveydenhuollon opas. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:12.

Sosiaali- ja terveysministeriö: Sosiaali- ja terveydenhuollon perustamishankejärjestelmän uudistaminen STM, Työryhmämuistioita 2001:40.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 17. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 16. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b. Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 37. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008c. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakityöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 28. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2008d. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 6. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 9. Helsinki.

Stakes - Suun terveydenhuollon hoitotakuun tilanne terveyskeskuksissa maaliskuussa 2008 <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Terveyspalvelut/hoidonsaatavuus/index.htm>

Stakes. VPK-väestövastuisten perusterveydenhuollon kokeilut 1989-1992, (Toim) S Aro, M Liukko. Raportteja 105, Helsinki 1993.

Stakes. Kouluterveyskysely. info.stakes.fi/kouluterveys/kokoaineisto_vertailut 2008.pps

Stakes ja sosiaali- ja terveysministeriö. Kouluterveydenhuolto 2002 - Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Sosiaali- ja terveysministeriö ja Stakes. Stakes Oppaita 51.

Statskontoret. Fammi. Ett institut för kunskapsutveckling och kunskapsspridning inom primärvården. Rapport 2004:8. Stockholm 2004.

Ståhl Timo. Kunnan asukkaiden terveydentilanseuranta ja tarveanalyysi. Raportissa: Rimpelä Matti, Saaristo Vesa, Wiss Kirsi ja Ståhl Timo (toim.). Terveyden edistäminen kunnan perusterveydenhuollossa: Perusraportti 2008. Julkaistaan kesällä 2009 THL:n Raportti-sarjassa.

Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim.) (2004) Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16. Helsinki: Kansanterveyslaitos.

Tuomola, Seppo - Idänpään-Heikkilä, Ulla - Lehtonen, Olli-Pekka - Puro, Markku: Arviointiselvitys vuosina 2002–2007 toteutetusta kansallisesta terveyshankkeesta - Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan valtioneuvoston periaatepäätöksen toteutuminen. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:22.

Turunen A, Terveyskeskuksessa vai erikoissairaanhoidossa? Muutokset sairaanhoidon porrastuksessa 1990-luvulla. Väitöskirja. 1998. Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 152.

- Turunen S, Widström E, Helenius P (2008) Hammashuollon arkipäivystyksen käyttö Helsingin terveystakeskuksessa. Suomen Hammaslääkärilehti 15, Painossa
- Vesivalo A, Widström E, Mikkola H, Tampusi-Jarvala T (2006) Terveystakeskusten hammashoidon tavoitteet ja kannusteet hammashoitouudistuksen implementoinnissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 43,146-156.
- Viisainen K. (toim.) 1999. Seulontatutkimukset ja yhteistyö äitiyshuollossa. Suositukset 1999. Stakes, Oppaita 34. Helsinki.
- WHO (2005). Bangkok charter for health promotion 2005.
www.who.int/healthpromotion/conference/6gchp/bangkok_charter
- WHO 2005. The World Health Report 2005. Make every mother and child count. World Health Organisation, Geneva.
- WHO Regional Office for Europe. Health for all policy in Finland. Copenhagen, 1991.
- WHO Regional Office for Europe. Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey. Eds. C Currie et al. Copenhagen 2008.
- Widström E & Eaton K (2004) Oral health care systems in the Extended European Union in 2003. Oral Health Preventive Dentistry 2(3), 155-194.
- Wilskman K, Ståhl T, Muurinen S & Perttilä K . Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa. Raportti kunnanjohtajien kyselystä 2007. Työpapereita 16/2008, Stakes



AVAUKSIA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2009

Maija Ritamo (toim.). Terve Kunta -päivät 21.–22.1.2009 Paasitorni, Helsinki
Avauksia 1/2009

Sinikka Sihvo (toim.). Sukupolvien yli ulottuva vastuu ja tutkimuksen etiikka
Avauksia 2/2009

Anna Forsman, Kjell Herbets, Esa Aromaa, Jyrki Tuulari, Kristian Wahlbeck. Kohti pohjalaista hyvinvointia: Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus 2008
Avauksia 3/2009

Jan Klavus (toim.). Terveystaloustiede 2009
Avauksia 4/2009

Mieli 2009
Avauksia 5/2009

Marjaana Seppänen, Reija Heinola, Sirpa Andersson. Hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa käytännössä
Avauksia 6/2009

Päivi Nurmi-Koikkalainen. Vättilämätön apu elämisen mahdollistajana
Avauksia 7/2009

Kerttu Perttilä, Pia Hakamäki, Timo Hujanen, Timo Ståhl (toim.). Terveyden edistämisen taloudellinen arviointi kunnissa
Avauksia 8/2009

Pasi Moisio. Vähimmäisturva ja köyhyysraja Suomessa
Avauksia 9/2009

Hennamari Mikkola, Satu Kapiainen, Timo Seppälä, Mikko Peltola, Ulla Tuominen, Markku Pekurinen, Unto Häkkinen. Tutkimus terveydenhuollon maksukattojen yhdistämisestä
Avauksia 10/2009

Eila Laukkanen, Teija Kemppi, Jari Kylmä, Arja Airaksinen, Antti Henttonen, Kaisa Haatainen. SIHTI-interventio. Nuoren ongelmien ja elämäntilanteen kokonaisvaltainen arviointi perustason ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä
Avauksia 11/2009

Pekka Ruotsalainen (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojenkäsittelyn tutkimuspäivät. Tutkimuspäiväkirjat 2009
Avauksia 12/2009